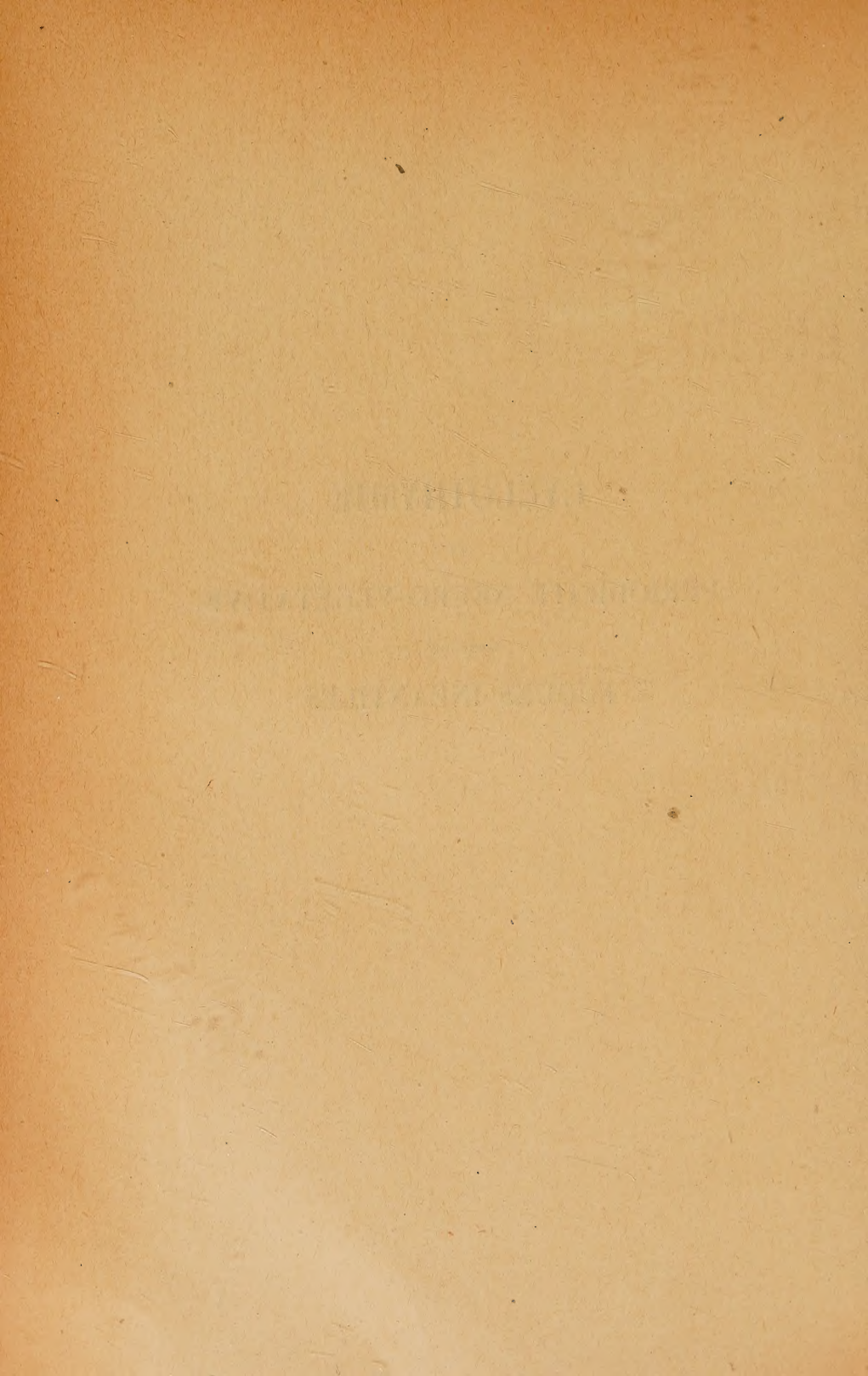


CYCLOTHYMIE
ET
PÉRIODICITÉ NEURO-VÉGÉTATIVE
DANS LES
FUGUES INFANTILES



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

Guillaume ROUSSELLIER

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie de l'Université de Paris.

Croix de guerre.

Né à Marseille le 3 Février 1898.

CYCLOTHYMIE

ET

PÉRIODICITÉ NEURO-VÉGÉTATIVE

DANS LES

FUGUES INFANTILES

Président de thèse : M. le Professeur HENRI CLAUDE

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

71, RUE DE RENNES, 71

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs :

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO
Physiologie	CH. RICHT
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale.....	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique.....	LETULLE.
Histologie.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène.....	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale.....	GILBERT
	CHAUFFARD
	ACHARD
	WIDAL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ABRAMI	CLERC	LARDENNOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DEBRÉ	LE LORIER	RIBIERRE
AUBERTIN	I. de JONG	LEMAITRE	RICHT Fils
BASSET	DUVOIR	LEMIERRE	ROUVIERE
BAUDOUIN	ÉCALLE	LEVY-SOLAL	STROHL
BINET	FIESSINGER	LHERMITTE	TANON
BLANCHETIÈRE	FOIX	LIAN	TIFFENEAU
BRANCA	GARNIER	MATHIEU	VAUDESCAL
BRULÉ	HARVIER	METZGER	VERNE
BUSQUET	HEITZ-BOYER	MOCQUOT	VILLARET
CADENAT	HOVELACQUE	MONDOR	WELTER
CHAMPY	JOYEUX	MOURE	
CHIRAY	LABBE (HENRI)	MULON	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS ET CAMARADES



A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

A MES PROFESSEURS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX



INTRODUCTION

L'étude des manifestations psychopathiques à la lumière des nouvelles méthodes d'investigation clinique permet de les revoir sous deux angles différents : rapporter à des troubles physiologiques définis certains syndromes psychiatriques ; juxtaposer dans le même cadre nosologique, grâce à la mise en évidence de leur même élément fondamental, des manifestations différentes.

Ainsi s'organise progressivement la classification de ces cas disparates, dont la terminologie contestée témoigne de l'insuffisance de précision pathogénique.

*
**

Ces recherches sont entreprises à la clinique Sainte-Anne depuis l'impulsion du professeur Dupré. M. le professeur Henri Claude les poursuit assidûment avec ses collaborateurs. Il a bien voulu nous confier l'observation du jeune K..., qui permet d'illustrer par un exemple concret l'intérêt de ces questions. En l'espèce l'exagération du réflexe oculo-cardiaque met en évidence la participation du déséquilibre du système neuro-végétatif à la réaction fugue récidivante du jeune malade.

*
**

Dans une première partie de ce modeste travail, après avoir défini ce que l'on entend par fugue, nous rapporterons les productions antérieures sur les fugues, sur la débilité mentale

et sur les perversions instinctives et sur la cyclothymie. Nous étudierons tout spécialement les considérations sur les états psychologiques de ces manifestations impulsives et périodiques, dont beaucoup d'observations antérieures mettent déjà en parallèle les caractères suivants : besoin de mouvement, d'une part, caractère instable ou sujet à des accès plus ou moins espacés, d'autre part.

Puis nous exposerons les relations que les travaux de la clinique Sainte-Anne ont montrées entre les états périodiques et l'état de déséquilibre neuro-végétatif. Ainsi dans la phase où domine l'automatisme vago-sympathique il y a également possibilité de prédominance des tendances et des instincts, refoulés en période d'équilibre normal.

Dans une deuxième partie nous grouperons diverses observations capables d'illustrer les chapitres précédents. Notamment elles montreront combien la cyclothymie peut être fréquemment relevée au cours des diverses manifestations motrices ayant amené des malades à l'asile ou en prison.

Mais surtout notre seizième observation retiendra notre attention et nos commentaires. Les fugues de ce jeune homme, ou ses actes équivalents, sont, en effet, accompagnées et précédées du déséquilibre de son système vago-sympathique. Nous ferons alors ressortir ces manifestations extérieures, ces réactions, au stade hypervagotonique de la cyclothymie : elles perdront ainsi pour nous beaucoup de leur caractère perversion pour devenir une extériorisation motrice, réaction la plus fréquente de l'enfance, déclanchée par un déséquilibre à la fois psychique et neuro-végétatif. Nous porterons donc un diagnostic pathogénique, plus précis qu'une simple constatation de la manifestation fuite.

Dans la troisième partie, quelques considérations médico-légales nous permettront d'ouvrir la parenthèse, nécessitée par ces données nouvelles, sur les réserves qu'il convient de

formuler quant aux conclusions à prendre lors de l'examen de cas semblables.

De même nous terminerons par un court aperçu thérapeutique : les agents modificateurs de l'équilibre des systèmes associés sont indiqués pour prévenir le retour de pareilles crises comme ils le sont au cours de certains états asthmatiques, migraineux, etc... Sous ce dernier angle le bénéfice que retire la clinique mentale et nerveuse de l'étude des réflexes vago-sympathiques et spécialement du réflexe oculo-cardiaque, ne nous apparaît pas moins précieux.



PREMIÈRE PARTIE

- I. — Des fugues ;
- II. — De la débilité mentale et des perversions instinctives ;
- III. — De la cyclothymie ;
- IV. — Considérations psychologiques sur les fugues ;
- V. — Du rôle de la vie neuro-végétative.



DES FUGUES

Qu'entendons-nous par fugue ?

Cottu a adopté la rédaction suivante qui est celle de Ducosté légèrement modifiée : « La fugue est un accès de vagabondage, quelquefois sans motif, quelquefois commandé par une cause imaginaire, suivi ou non d'amnésie. »

Benon et Froissart disent : « La fugue est un état morbide de l'activité, accidentel, transitoire, qui survient presque toujours par accès, au cours duquel le malade exécute un déplacement anormal sous l'influence de troubles psychiques. Quant au vagabondage, c'est un état morbide habituel de l'activité, au cours duquel le malade..., etc... C'est la fugue à l'état chronique, »

A ces définitions nous préférons celle de Joffroy et Dupouy : « Le vagabondage est le fait d'errer sans vouloir ou pouvoir revenir à un domicile fixe. La fugue est l'abandon impulsif du domicile (ou de la résidence). »

En outre, nous faisons nôtre la remarque de Cottu : « Certains malades fuient n'importe où parce qu'ils se trouvent mal là où ils sont ; leur but n'est pas d'aller à Z mais de quitter le point A. D'autres, au contraire, veulent aller à Z quoiqu'ils ne se plaignent point d'être en A. »

Enfin notons avec Benedikt « qu'un autre élément constituant du vagabondage et de la fugue est la claustrophobie, sentiment irrésistible d'angoisse dans les endroits clos et étroits. »

Le symptôme fugue fut longtemps considéré comme toujours un « équivalent » de l'épilepsie. C'est inexact, disons-le dès l'abord. Mais ces manifestations ont des points communs

d'une troublante analogie dans leur chapitre antécédents et dans ce que nous pouvons appeler leur substratum pathogénique.

Sous l'impulsion de Charcot on rattacha la fugue à l'hystérie en estimant que l'automatisme ambulatoire est le prolongement anormal des attitudes passionnelles.

Puis Raymond fit intervenir un troisième facteur, la dégénérescence mentale, et proposa en 1896 de distinguer trois classes de fugues : les fugues épileptiques, les fugues hystériques, les fugues psychasthéniques, et leur assigna comme caractères : 1° l'impulsion irrésistible ; 2° l'accomplissement intelligent et coordonné, en harmonie avec les circonstances extérieures ; 3° l'amnésie consécutive ; avec, comme corollaire de ces états, le dédoublement de la personnalité. Ces propositions ne sont plus acceptées aujourd'hui.

A la suite de ces auteurs on a décrit des types suivant leur teinte dominante : tels les « captivés » de Tissier, les « vagabonds » de Géhin, les « dromomanes » de Régis, etc...

La clinique, parmi les fugeurs, a différencié des persécutés, des mégalomanes, politiques ou mystiques, des mélancoliques, des alcooliques ou intoxiqués divers, des déments précoces, des paralytiques généraux, des déments séniles, que l'on a, sous la direction de Raymond, écartés du syndrome fugue à cause de l'état mnésique qui subsiste le plus souvent.

La question doit être posée différemment : il y a lieu d'opposer l'automatisme ambulatoire à la fugue, mais en élargissant le sens de ce dernier terme (*fuga*, fuite) en lui faisant comprendre, avec Régis, tous les cas où un individu, névropathe ou psychopathe, est porté à fuir d'un point vers un autre, d'une manière tantôt inconsciente, tantôt consciente, la fugue, dans le premier cas, étant le plus souvent immotivée et s'accompagnant d'amnésie, dans l'autre cas motivée et sans amnésie.

C'est ainsi laisser subsister la conclusion de Grasset (à propos du malade de Legrand du Saulle, qui s'éveille en rade de Bombay, venant du Havre) que ces fugeurs réagissent en

véritables automates à l'exclusion absolue des centres supérieurs et sans participation de ces centres, qui constituent « le siège de l'intellectualité, de la personnalité pleine et vraie, de la conscience entière et morale, de la liberté et de la responsabilité ». A cause de l'instantanéité des réactions chez ces malades toute sensation échappe au contrôle frénateur de ces centres supérieurs : il n'y a plus d'élaboration possible. Ce n'est plus le moi normal qui commande les actes du malade au cours de sa fugue, mais un moi nouveau, qui se crée à côté du premier, une synthèse secondaire, qui est venue se substituer à la synthèse principale, qui représente la conscience personnelle.

* *
* *

Au point de vue didactique nous pouvons accepter les opinions exprimées par Joffroy et Dupouy dans leur chapitre *Parallélisme des affections de la volonté et de l'activité idéomotrice* et dans leur *classification du vagabondage et des fugues* que nous résumons ainsi :

I. FAIBLESSE CONGÉNITALE DE LA VOLONTÉ. — a) *Par défaut de maturité.* — L'acte purement volitif n'existe pas encore et le besoin comme le désir orientent les tendances motrices. C'est le vagabondage de l'enfant normal séduit par l'attrait de la promenade, suggestionné par l'exemple, poussé par le besoin de marcher.

b) *Par insuffisance de développement.* — C'est le vagabondage de l'idiot, de l'imbécile ou du débile. Les uns errent à l'aventure, sans coordonner leurs appétits, l'autre restera inadapté et inapte à s'accommoder du milieu et des circonstances. Il sera « débordé » par le moindre événement imprévu ou nouveau et donnera prise au vagabondage.

Dans d'autres cas ce seront des fugues de déséquilibrés et qui seront commandées par le caprice (velléité, ébauche de volition, a dit Ribot), l'obsession (l'idée rebelle entre en lutte

ouverte, aidée du paroxysme anxieux, avec la volonté), le dédoublement de la volonté des grands psychasthéniques obsédés ou des hystériques (?).

II. ANOMALIES ET DÉVIATIONS DE LA VOLONTÉ. — Paranoïaques épris de liberté qui veulent vivre en marge de la société plutôt, disent-ils, que de lui être asservis, d'une part ; délirants, vésaniques, d'autre part, tels que les persécutés, les mystiques, les mélancoliques, etc...

Ce peut être soit un affaiblissement progressif de la volonté (les fugues démentielles) soit des modifications passagères et transitoires de la volonté (dépression psychique, exaltation intellectuelle, confusion mentale : fugues des neurasthéniques, des hypomaniaques, des intoxiqués).

III. ANÉANTISSEMENT DE LA VOLONTÉ. — Automatisme ambulatoire : fugues des toxicomanes et des alcooliques ; fugues comitiales.

DE LA DÉBILITÉ MENTALE ET DES PERVERSIONS INSTINCTIVES

On ne peut séparer l'étude des états de fugue, surtout des fugues infantiles, de celle de la débilité et de la dégénérescence mentales et morales, terrains sur lesquels s'édifient tant de syndromes aux superstructures les plus variées. Il convient donc d'en refaire ici l'historique et de voir quelles responsabilités ils supportent dans les manifestations des fugueurs. L'étude du fond mental et de la vie sociale doit être à la base de l'examen psychiatrique de ces enfants anormaux et délinquants.

En effet, comme le dit Heuyer dans sa thèse, p. 28 :

« L'enfant à l'âge scolaire doit satisfaire aux règles qui régissent les deux milieux dans lesquels il est obligé de vivre : la famille et l'école. Les manifestations de son caractère et de sa moralité constitutionnelle revêtiront dans ces deux milieux un aspect fort variable selon les circonstances. L'influence de l'hérédité, de la moralité de la famille, de l'éducation scolaire, pourra modifier les réactions de l'enfant. Mais, quelle que soit l'importance de ces facteurs, l'expérience montre, qu'à partir de la puberté, le caractère de l'enfant ne se modifie guère dans sa constitution : il s'affirme davantage ; il évolue dans le même sens ; il s'enrichit d'éléments de même nature. A l'âge social, se manifestent, chez certains enfants, des troubles du caractère, des perversions du sens moral, une instabilité de la volonté, qui les empêchent de s'adapter à aucune règle et de s'astreindre à la discipline scolaire et familiale. »

Si donc, un enfant présente un certain déficit mental, si son

caractère, son humeur, comme le dirons en voyant la cyclothymie, ne présentent pas une résistance suffisante, sa volonté sera vite désarçonnée et ses réactions seront fréquemment en opposition avec les conventions sociales.

Toutes les écoles ont traité pareil sujet et, comme nous allons le voir, beaucoup ont mis en évidence le caractère paroxystique de leurs manifestations, notamment de leurs accès de vagabondage.

*
**

Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*) étudie au point de vue clinique ceux qu'il appelait « ces maniaques sans délire », et il met en relief le rôle de l'éducation qui n'a pas appris à ces malades à se dominer toujours.

Puis Fodéré, dans son *Traité du délire*, reconnaît que certains malades agissent sous une influence purement instinctive et purement automatique.

Esquirol, en 1838 (*Des maladies mentales considérées sous les rapports médical-hygiénique et médico-légal*), partage l'opinion de Pinel.

Guislain, en 1852, dit dans ses leçons orales sur les phréno pathies : « il est une manie que je nomme astucieuse, malicieuse, qui offre dans ses phénomènes un caractère dominant. C'est une affection dans laquelle les malades sont guidés par un esprit d'intrigue et d'astuce. L'aliéné est un fourbe, un intrigant, un escroc. » Dans la suite il met en évidence les troubles de la volonté accompagnés de débilité de l'intelligence et il fait remarquer leur caractère difficile et « leur tendance à organiser des complots ». Il constate encore la périodicité de l'affection : ce sont des malades qui restent plusieurs mois tranquilles et qui recommencent ensuite leurs actes déraisonnables.

Brierre de Boismont, dans son ouvrage intitulé : « Le délire des actes », expose que pour lui les différents instincts que l'on trouve chez ces individus existent chez l'homme sain à

l'état embryonnaire, mais ce dernier sous l'influence de sa volonté est capable de les inhiber ; tandis que chez les malades qu'il étudie la volonté étant troublée, le frein naturel n'existe plus et ils se laissent aller à toutes les excentricités, toutes les extravagances et même aux actes les plus violents et les plus coupables. L'auteur insiste spécialement sur le vagabondage qui est habituel chez eux.

Trélat, en 1861, les classe dans la folie lucide : « Tantôt considérés comme aliénés, tantôt comme malfaiteurs et qui ont alternativement résidé dans les asiles et dans les prisons. »

Billod, Calmeil s'occupent de la question. Marcé, en 1862, dans son *Traité pratique des maladies mentales* à la fin du chapitre des monomanies impulsives dit : « Outre ces monomanies caractérisées par l'existence d'une impulsion irrésistible unique ou du moins dominante on a décrit sous le nom de monomanie raisonnante (Esquirol), de monomanie instinctive (Marc), de folie morale, *moral insanity* (Prichaud), un état particulier dans lequel les sujets, tout en conservant en apparence un jugement sain et une grande habileté de raisonnement, passent leur vie à exécuter des actes bizarres et nuisibles, se laissent aller à tous les mouvements passionnés, à tous les désirs qui traversent leur esprit et, à la moindre résistance se livrent à des emportements maniaques pendant lesquels ils commettent des actes de la plus haute gravité. »

Et il conclut : « Ce sont ou des états congénitaux dont on retrouve les traces dès la première enfance et qui peuvent légitimement être rattachés à l'imbécillité, ou des états anormaux de l'intelligence consécutifs à des accès antérieurs. » Ainsi donc, Marcé met bien en évidence le caractère dégénératif de leur fond intellectuel, d'origine héréditaire ou secondaire.

Falret père, en 1845, puis Delasiauve et Griésinger, en 1865, combattirent les opinions de Pinel et de Fodéré.

Mais Morel, en 1852, dans ses « Etudes cliniques » et en 1860, dans son « Traité des maladies mentales », fait de ces aliénés héréditaires une classe spéciale : « Dans le cours de

leur existence, la folie se signale chez eux bien plus par le délire des actes que par le délire des paroles. Ils se distinguent par leurs excentricités, par l'incohérence, l'irrégularité et souvent même par la profonde immoralité de leurs actions. Certaines qualités intellectuelles remarquables ne rachètent pas chez eux l'impossibilité de se diriger simultanément vers un but sage et utile... Quant à ce qui regarde les fonctions physiologiques, on remarque chez ces aliénés des anomalies non moins caractéristiques et le tempérament nerveux prédomine ordinairement d'une manière excessive. A l'irritabilité la plus grande ils joignent ordinairement une aptitude spéciale pour commettre des excès en tout genre. »

Puis, J. Falret, en 1890, dans son ouvrage « Les aliénés et les asiles d'aliénés », partage l'avis de Morel et ajoute : « On doit juger individuellement chaque fait particulier. Il faut arriver par une étude attentive et clinique à déterminer si ces individus sont encore à la période prédisposition et doivent être considérés comme responsables de leurs actes totalement ou partiellement, ou bien, au contraire, s'ils ont déjà franchi la limite de la zone raisonnante, s'ils sont entrés de plain-pied dans la maladie et s'ils doivent jouir du bénéfice de l'irresponsabilité absolue. »

Tardieu, Magnan, Legrain étudient plus complètement cette classe des dégénérés, surtout dans leurs types les plus nets et leurs manifestations physiques.

L'école allemande, avec Kraft Ebing, étudie les manifestations psychiques de ces malades et arrive à ce dilemme : « Est-on en face d'un aliéné ou d'un individu méchant ? »

Depuis, la question n'a cessé d'être à l'ordre du jour.

G. Vermeylen en a fait, dans sa thèse récente (Bruxelles 1922), une étude complète où nous relevons sa définition de la débilité mentale, « état de déficience mentale congénitale, se manifestant sans troubles névropathiques ou psychopathiques prépondérants, et situant les sujets qui en sont atteints entre l'imbécillité et la normalité. »

Cette acception donne ainsi une marge plus large à la dé-

bilité que les propositions formulées en 1910 par A. Binet et Th. Simon.

Ainsi séparée de l'idiotie et de l'imbécillité pour lesquelles ont été institués de nombreux tests de diagnostic par les épreuves du langage, de l'écriture, etc..., la débilité mentale revêt un caractère plus exclusivement psychologique et sur ce terrain nous retrouvons les distinctions cliniques d'André Colin qui relève dans l'enfance du débile intellectuel les types de l'éparpillé, du raisonneur et de l'apathique.

En somme, il faut entendre par dégénérés, dégénérescence, débiles, débilité, la grande famille des psychopathes et névropathes ; que les stigmates qu'ils présentent soient congénitaux ou acquis, on relève l'influence des infections et des intoxications multiples et aussi dans l'enfance la responsabilité d'une éducation défectueuse, selon les trois grandes caractéristiques : activement mauvaise, passivement mauvaise ou éducation à faux (Schützenberger). C'est dans cette classe générale des dégénérés et débiles qu'il faut ranger la majeure partie des vagabonds, ainsi que l'indiquent Meije avec le « Juif errant à la Salpêtrière » et Tissier dans sa thèse, les « Aliénés voyageurs » et sa revue, le « Tourisme pathologique et le vagabondage », car selon la position sociale de l'individu les mêmes noms ne s'appliquent pas aux mêmes manifestations.

Chez ces migrants le vagabondage a une cause pathologique, mais la conscience du moi n'est pas obnubilée, ce qui les distingue des épileptiques. La crise, née souvent d'une cause réelle mais insignifiante, revêt le type conscient et le souvenir en est tout à fait intact : c'est un mode de réaction contre des sentiments « dysphoriques » suivant l'expression d'Heilbronner, une impulsion consciente (dégénérés obsédés), un goût maladif, un besoin moteur, soit d'action physique, soit de voyage (Cas de Bregmann, de Raymond, de Cottu, p. 42 et suivantes, 4 observations étiquetées : excitation par intervalle, de Dupré). On retrouve dans ces observations des

caractères identiques : origine émotionnelle, idée irrésistible, conservation de la conscience après comme avant la crise, qui est souvent accompagnée de la sensation de détente habituelle à la suite des états d'angoisse satisfaits. On relève la fréquence de la mythomanie et de la fabulation de ces dégénérés pervers et amoraux, qui arrivent ainsi par leurs mensonges à se faire nourrir, héberger, prêter de l'argent. D'autres fois, ils pillent, ils volent, s'ils n'arrivent pas à leurs fins par le récit de leurs histoires inventées pour les besoins de leur cause. De plus, ils dénaturent les motifs de leur absence, égarent sur leurs sensations et simulent parfois admirablement l'amnésie ou la débilité mentale.

Enfin un trait, qui est fréquent chez beaucoup de ces dégénérés pervers, amoraux, obsédés, fugueurs, etc., est leur caractère violent, autoritaire, brutal, méchant, sournois et vindicatif, ainsi qu'orgueilleux et égocentrique (idées vagues de persécution parfois).

L'opposition est évidente entre les fugues de ces états-là et celles de la démence précoce. Kraepelin, Masselon, Deny et Roy les ont bien départagées. Nous dirons avec Tanzi (*Traité des maladies mentales*), que : « Fugues sans préméditation ni plan, entreprises au hasard, sans argent, sans colère, sans peur, sans but, sans émotion du tourment jeté dans les familles, de même que suicides sans désespoir, voies de fait sans colère, calomnies sans haine, ne peuvent être expliqués que par la démence précoce. »

DE LA CYCLOTHYMIE

Les discussions sur le dédoublement de la personnalité, l'automatisme ambulator, les « moi » conscient et inconscient, ont eu du moins le mérite de faire intervenir les psychiatres dans ce débat psychologique et d'apparenter ces états aux manifestations de la constitution cyclothymique, dont Demy fit entrevoir l'existence. Cette constitution permet d'expliquer bien des manifestations au cours desquelles elle est révélée par le déséquilibre vago-sympathique qui la traduit, sans préjuger qui, de l'état cyclothymique ou du déséquilibre vago-sympathique, commande l'autre.

La cyclothymie est un trouble de l'humeur (κυκλός-θυμός) n'atteignant aucune fonction de l'esprit. Mais, selon le terrain sur lequel se manifeste ce déséquilibre, la réaction de la sensibilité émotive est en hyper ou hypothyrie.

Magnan, en 1890, semble être le premier à bien avoir réuni dans un même syndrome, qu'il étiquette la folie intermittente, ces états de mélancolie et d'excitation. Il y fait entrer les travaux de Baillarger (folie à double forme), Falret (folie circulaire), Billod (folie à double phase), Delage (folie à formes alternes), etc... De même, tout spécialement dans le vagabondage, Benedikt relève une certaine périodicité.

Puis, en 1899, Kraepelin groupe sous la dénomination de psychose maniaque dépressive tous les états de manie et de mélancolie, sauf la mélancolie d'involution. Plus tard, en 1907, il cessera de faire un chapitre isolé de cette dernière et la fera ressortir à sa dénomination univoque.

Gilbert Ballet, de son côté, pour désigner cette même psychopathie emploie le terme de psychose périodique.

Enfin, Kahlbaum, Hecker, Wilmanns, Déný isolent sous le nom de cyclothymie ou d'humeur circulaire les formes les plus atténuées de cette psychose. Hecker met en relief que les soi-disants « intervalles libres » n'existent pas, mais sont en réalité de nouvelles variations de l'humeur. Déný exprime le premier par un exposé général ce qu'est la cyclothymie, déséquilibre de la sensibilité morale, et applique le terme de cyclothymie à toutes les formes circulaires, légères ou graves.

Il définit la constitution cyclothymique, humeur cyclique ou circulaire : « l'exagération d'une constitution psychique spéciale qui préexiste à l'apparition et survit à la disparition » des manifestations que l'on peut observer et qu'il faut se garder de considérer comme sans lien entre elles.

Cette constitution, le plus souvent héréditaire, se manifeste par des crises intermittentes ou circulaires qui débudent en général dès le jeune âge.

Quel que soit leur degré elles offrent le caractère commun de troubles constants dans la sphère affective et de l'intégrité de la conscience.

Les cyclothymiques ne sont ni des pithiatiques (suggestibilité morbide) ni des neurasthéniques (épuisement).

On ramène donc au schéma, constitution héréditaire de déséquilibration de la sensibilité morale, tous les phénomènes psychopathiques, quelle que soit leur manifestation clinique (excitation, mélancolie, états mixtes), quel que soit leur mode de succession (circulaire ou intermittent), quelle que soit leur intensité (psychose maniaque, dépressive ou périodique), et le terme cyclothymique, mieux que tout autre, désigne bien le double sens éventuel des accès, tantôt mélancoliques, tantôt expansifs. Il englobe ainsi la psychasthénie telle que la conçoivent Raymond et Janet et qui est souvent l'accompagnement de la cyclothymie.

Le cyclothymique est un déséquilibré constitutionnel de la sensibilité morale comme le cœnestopathe (Dupré et Camus) est un déséquilibré de la sensibilité physique.

Il a, dans une certaine mesure, conscience de son état et n'a

ni idées délirantes ni hallucinations. Ses périodes troublées sont souvent accompagnées de maux de tête, de sensation de constriction, de troubles du sommeil, de même que l'on relève un développement du sentiment du moi, de l'hypermnésie, de la coquetterie et de l'érotisme.

Fréquemment les manifestations maniaques sont annoncées par des prodromes, *aura* véritables, qui témoignent d'une participation d'un déséquilibre général ; ce sont des manifestations viscérales, digestions troublées, sensations diverses, troubles vaso-moteurs ; d'autres fois ce sont des phénomènes psychiques véritablement prémonitoires, méchanceté inusitée, calomnies, etc... Ces prodromes sont en général toujours les mêmes ; chaque malade a les siens et jamais de nouveaux. Quoi qu'il en soit de cette succession nous y voyons la preuve de l'état, de la constitution périodique : la crise n'est pas « annoncée », le syndrome s'enchaîne, évolue.

Mais une question se pose : la cyclothymie est-elle autre chose que l'exagération d'un état normal ? la circularité de l'humeur n'existe-t-elle pas chez les mieux équilibrés ? Ne rencontrons-nous pas cette disposition ou cette constitution à tous les tournants ? spleen, état lunatique, extravagances, bizarreries, sautes d'humeur ne sont-ils pas des transitions aux formes plus définies de dépression et d'excitation ?

« Nous pouvons admettre, dit M. Dénv, que chacun de nous est doué d'une vie affective qui lui est propre, et qui sans être immuable d'un bout à l'autre de l'existence, ne subit en général que de trop légères oscillations pour réagir d'une façon notable sur la conduite, sauf bien entendu dans certaines circonstances déterminées et légitimes que tout le monde connaît. »

Le professeur Ballet avait déjà émis, en 1902, cette hypothèse : « Je me suis même demandé parfois, et je ne vous livre cette téméraire hypothèse que pour ce qu'elle vaut, si la circularité n'était pas une loi du fonctionnement de notre système nerveux et si nous n'étions pas tous à quelque degré des

circulaires et si l'état pathologique qui constitue la folie périodique dans sa forme la plus caractéristique n'était pas simplement le grossissement et l'énorme amplification d'une manière d'être qui nous est habituelle. »

Cette périodicité (puissance de la lune des astrologues, des chiffres pour Pythagore, etc...) fut constatée par Gall qui signalait l'état morose sans motif avec état de sensibilité et d'irritabilité. Elle fut étudiée par Nœcke, Pron, Swoboda, Flien.

Poussant plus avant la question et l'envisageant sous un angle, à vrai dire un peu différent, Vaschide et Vurpas disaient le 3 novembre 1902 à l'Académie des sciences :

« A la suite des recherches entreprises sur les modalités de l'automatisme soit biologique, soit psychologique, il nous a paru que lorsque la vie semblait soustraite à l'action des centres supérieurs elle se manifestait suivant un rythme périodique de dynamogénie et de repos se succédant régulièrement. »

Les recherches des auteurs ont porté sur ce système vasomoteur et s'accompagnent de courbes plétysmographiques. Elles concluent à la périodicité du système capillaire lorsqu'il est livré à lui-même (sommeil physiologique, ictus apoplectique).

Le type respiratoire de Cheyne-Stockes sert également d'appui à la thèse des auteurs.

Chez un anencéphale ayant vécu 2 jours ils purent observer que le cœur battait pas salves rythmiques périodiques.

Enfin chez les aliénés ils ont mis en évidence des manifestations de rythme et de périodicité qui « semblent de la sorte traduire les manifestations rudimentaires de la vie biologique mentale, lorsque les éléments qui la composent évoluent pour leur propre compte et semblent soustraits à l'action d'un centre coordinateur et régulateur ».

Kraft Ebing incrimine « une excitabilité pathologique durable de l'organe central analogue à la modification particulière qui constitue l'épilepsie ».

Pierre Kahn fait la comparaison suivante :

« Soit un galvanomètre situé dans une chambre où l'atmosphère est dégagée de toute influence électrique. Ce galvanomètre est mis en rapport avec plusieurs courants successivement. Son aiguille en se déviant montre le sens et l'intensité de chacun d'eux. Après chaque contact l'aiguille revient au zéro. Mais qu'une influence électrique quelconque, un orage par exemple, vienne vicier la neutralité de l'atmosphère, l'aiguille du galvanomètre sera influencée et déviara dans un sens. Qu'à ce moment on se serve du galvanomètre, l'aiguille déjà influencée donnera un résultat inexact qui sera la somme ou la différence des deux courants. L'indication sera donc *faussée*. Elle donne trop ou trop peu. En outre, le courant à mesurer étant coupé, l'aiguille ne reviendra pas au zéro, car elle est toujours influencée par le courant atmosphérique.

« Eh bien, nous considérons l'affectivité comme un galvanomètre, l'humeur comme l'aiguille de ce galvanomètre.

« Normalement la cœnesthésie est neutre : l'affectivité reçoit l'intensité exacte des sensations et des sentiments que l'humeur traduit à son tour. Chez le cyclothymique la cœnesthésie n'est plus neutre, elle est troublée. Elle influence la réceptivité affective qui ne donne plus la mesure exacte des sensations et des sentiments. L'humeur reproduit ensuite des résultats viciés. Que les sentiments, que les sensations, qui modifient normalement le ton de l'humeur, viennent à cesser de se produire, l'aiguille reviendra au zéro, l'humeur continuera à exprimer une réaction qui n'est autre chose que celle de la cœnesthésie. C'est ce trouble de la cœnesthésie qui est à la base de la cyclothymie. »

Et d'ailleurs, de même que cette constitution circulaire peut, plus ou moins, apparaître chez les individus normaux, chez lesquels, il est vrai, elle était latente, non encore manifestée ou diagnostiquée, de même elle n'exclut pas les autres prédispositions morbides constitutionnelles, que celles-ci

soient physiques ou psychiques et avec lesquelles elle peut s'apparenter ou se conjuguer.

Il est souvent difficile de faire le départ entre la débilité mentale pure et la cyclothymie (1) et pour mettre en évidence cette dernière il faut s'appuyer sur les manifestations dès le jeune âge, la similitude des périodes, l'intégrité de la conscience, la prédominance des troubles de l'affectivité, l'indépendance de l'évolution.

De son côté, la paranoïa peut masquer par ses bruyantes et voyantes superstructures un fond dysthymique, et l'opposition étymologique seule entre ces termes paranoïa et cyclothymie rend compte de la difficulté qu'il y a à départager leurs manifestations.

L'épilepsie enfin, que nous avons déjà rencontrée en marge de tous nos chapitres, peut exister sur un fond cyclothymique et bien des auteurs, Morel, Dautreberte, Anglade et Jacquin ont persisté à faire de la psychose périodique une épilepsie larvée. Nous avons déjà exposé que, bien que voisins, ces états avaient suffisamment de différences dans leurs manifestations pour pouvoir coexister l'un en face l'autre.

Un autre point intéressant est l'observation des manifestations physiques à côté de la cyclothymie.

Griesinger a noté des rapports entre les troubles digestifs et l'humeur et a parlé de la copropsychiatrie ; Schüle de mélancolie intestinale. L'école de Bouchard a noté des relations périodiques entre certaines manifestations cutanées et les manifestations psychiques. Schubert a rapporté des cas où l'asthme accompagnait la manie.

Toutes ces notes ne sont que des preuves de la relation qu'il y a entre l'équilibre physiologique physique et l'équilibre physiologique psychique.

(1) Le 8 février 1909 à la Société de psychiatrie de Paris le professeur Ballet et MM. Deny et Pélissier présentèrent des malades chez lesquels il y avait coexistence de cyclothymie et de débilité mentale.

*
* *

Toutes les considérations qui précèdent nous permettent de mettre en évidence deux points capitaux : la prédominance des réactions motrices et spécialement de la réaction fugue chez les enfants en général et tout particulièrement chez les enfants débiles mentaux ou arriérés du fait de leur hérédité ou de l'insuffisance de leur éducation ; la suprématie, l'extériorisation, de ces tendances, lors de l'existence d'une crise survenant chez un enfant périodique constitutionnel.

Ainsi donc, connaissant la manifestation habituelle fugue d'un enfant, nous savons qu'il sera la proie de sa réaction lorsque son caractère n'aura plus assez de poids pour lui permettre de demeurer dans sa position sociale. Si nous avons l'élément nécessaire pour mesurer l'emprise de sa volonté sur ses tendances, nous pourrions dire quel est le degré à partir duquel celles-ci l'emportent sur celle-là.

C'est, par conséquent, rechercher les facteurs responsables des états extrêmes de la cyclothymie, les causes déterminantes ou déchainantes, pour employer un mot qui rend bien notre pensée : causes qui amènent un bouleversement, un déséquilibre dans les manifestations du caractère.

Tout d'abord ce sont des causes infectieuses, fièvre typhoïde, syphilis, paludisme, maladies viscérales, tuberculose, et des causes toxiques, alcool, cocaïne.

Ce sont aussi les traumatismes, les traumatismes crâniens surtout, parfois oubliés en l'absence de tout équivalent comitial. Ce sont ensuite les variations endocriniennes (corps thyroïde (Laignel-Lavastine), capsules surrénales, etc.), ces règles (sautes d'humeur, exagérations, cataméniales), les ménopauses et pubertés féminines comme masculines, les grossesses (hyperthymie, dépression, irritabilité de la grossesse et quelquefois dipsomanie, cleptomanie). Ce sont enfin tous ces états inexprimés, variables, que l'on rapporte à un facteur, en lui-même sans importance, mais dont les propriétés déchainantes entraînent des conséquences imprévues : la nourriture, la

boisson, l'émotion, la réprimande, la crainte, l'espérance, l'imagination même, peuvent intervenir comme causes déterminantes dans la production d'une crise cyclothymique. Ainsi les aventures qui arrivent aux petits « Poil de carotte », sans cesse en lutte, et sans aide, avec leurs conditions malheureuses.

Dumas dans « La tristesse et la joie » dit : « L'excitation maniaque est produite le plus souvent par les chagrins, les impressions pénibles, les déceptions de toute nature, les excès vénériens, alcooliques, intellectuels et toutes les causes qui peuvent débilitier ou épuiser le système nerveux. »

C'est dire que nous relevons toutes les causes possibles agissant par l'intermédiaire de la physiologie viscérale (foie, rein, composition sanguine, pression sanguine, état vasomoteur, équilibre colloïdal) ou endocrinienne ou nerveuse ; nerveuse, c'est-à-dire, ce qui dépend du cerveau et des systèmes associés.

Remarquons, en passant, que ces facteurs déterminants sont à rapprocher de ceux que nous avons relevés à propos des crises perverses des débiles et arriérés mentaux. Dans ces dernières ils conditionnent des manifestations extérieures (vagabondage, vols, coups) ; dans la cyclothymie ils créent des perturbations, dont la traduction peut être systématisée : cleptomanie, sitiomanie, pyromanie, tentatives répétées de suicide, poriomanie, etc., d'autant plus si sous la cyclothymie subsistent des tendances ou des habitudes perverses.

On a voulu également rechercher le mécanisme de pareils états.

Meynert admet que les centres sont hyperhémisés dans l'excitation et anémisés dans la dépression. Thalbitzer, après Griesinger, assigne aux différents centres un état de tonus : les variations de ce tonus créent les variations de l'humeur. Pour cet auteur, les variations vaso-motrices jouent un rôle primordial et ces réactions seraient sous la dépendance du faisceau triédrique de Helweg, dont les fibres vont aux quatre paires

cervicales supérieures et au premier ganglion sympathique. Ce faisceau, appelé encore faisceau olivaire de Bechterew, est situé à la partie supérieure de la moelle cervicale, à la péréphérie du cordon antéro-latéral, en dehors des fibres radiculaires antérieures ; il aurait son origine dans l'olive bulbaire.

Tous ces facteurs déterminants que nous avons notés comme plus ou moins responsables du déclenchement dysthymique peuvent, d'ailleurs, avoir leur vérification biologique. Citons seulement les variations de l'urée, des phosphates, de l'acidité des urines, d'étude de l'élimination des colorants, bleu de méthylène, phénol-sulfophtaléine, les constatations du domaine de la circulation, tension sanguine, arythmies, palpitations, alternatives de rougeur et de pâleur, sudation, sécheresse de la peau, équilibre colloïdal, hémoclasie digestive, réflexes oculo-cardiaque et solaire. Ce sont tous ces examens cliniques et de laboratoire qui font faire actuellement à la clinique Sainte-Anne de si importantes constatations dans les domaines de la psychiatrie et de la physiologie. Grâce à eux les diagnostics acquièrent chaque jour plus de poids, conformément à l'expression de Binet : « Tout diagnostic médical qui ne peut pas se prouver comme on prouve une justesse d'addition est à rejeter. Il doit reposer sur la constatation de faits objectifs constatables par tous et souvent mesurables. »

Le réflexe oculo-cardiaque est entré dans cette voie et l'on peut dire à l'heure actuelle que son exagération (chute du nombre de pulsations), correspondant à la prédominance du pneumogastrique ou nerf vague, est l'indice de la prédominance également de l'automatisme mental, d'où possibilité de manifestations cyclothymiques, perverses, par libération de ces tendances si elles existent constitutionnellement.

CONSIDÉRATIONS PSYCHOLOGIQUES SUR LES FUGUES

En l'état de la question qui nous occupe, relevons simplement dans la symptomatologie que le cyclothymique a une conscience intacte et que son pouvoir d'enregistrer demeure ce qu'il était. Ce qui change, ce sont ses attitudes, ses réactions. Quoi d'étonnant dès lors de voir dans ces manifestations extérieures l'élément moteur, qui domine le plus souvent dans le fond de ces cyclothymiques à base de débilité, se libérer, s'extérioriser et prendre la première place ? Il n'est même pas besoin d'une obsession ; le « barrage de la volonté », selon le mot de Pierre Kahn, laisse le champ libre à cet élément constitutionnellement dominant.

Aussi bien reconnaissons encore à l'élément moteur ce caractère d'être la manifestation la plus simple, la plus primitive et par conséquent vraisemblablement la plus forte à s'imposer quand il se produit un déséquilibre permettant aux tendances de s'imposer.

De plus la fugue en elle-même cadre bien par son inutilité pratique, immédiate comme finale, avec la lâcheté animale qui, chez l'homme, peut être réfrénée, mais qui ne l'est pas chez l'enfant ou chez le cyclothymique du fait de leur inadaptation organo-végétative. C'est donc du point de vue physio-psychologique que nous apparaît la question : il s'est produit, pour une raison donnée, un trouble dans le fonctionnement de l'organisme ; ce trouble a un retentissement variable par l'intermédiaire des systèmes circulatoires et nerveux conjugués : le centre coordonnateur et régulateur désaxé ne

contrôle plus (Vachide et Vurpas), il y a « fluctuation de la volonté » (1).

Que dans ces conditions l'enfant, terrain sensible, vite déséquilibré, encore insuffisamment tempéré par les habitudes et l'expérience, tout près des réactions les plus automatiques et les plus complètes, donne les manifestations les plus pures, rien d'étonnant. C'est pourquoi chez lui la réaction habituelle est la fugue, la poriomanie. Ce n'est que plus tard que l'on rencontre les autres formes ; on ne conçoit pas, en effet, que l'on puisse rencontrer la sitiomanie, par exemple, et à titre de réaction habituelle chez un enfant. C'est une idée qui ne peut pas se représenter chez lui parce qu'inconnue et ne peut ainsi créer ce que M. Preyer appelle des « mouvements représentatifs ».

Du reste, tout état ou processus mental a son côté moteur. Les sensations, les pensées, les émotions font naître des mouvements.

Ribot a dit : « le principe fondamental, qui domine la psychologie de la volonté sous sa forme impulsive, à l'état sain comme à l'état morbide, c'est que tout état de conscience a tendance à s'exprimer par un mouvement, par un acte. »

Les gestes reflètent l'idée intérieure. Ils font partie du langage naturel au même titre que les interjections et la mimique. D'ailleurs, l'effet moteur des idées est bien connu : telle, l'idée de parler suffit, à elle seule, à produire des mouvements réels d'articulation, et l'on a pu dire que l'idée du mouvement c'est déjà le mouvement qui commence.

Chez l'adulte, l'inhibition volontaire arrête ces mouvements qui suivent l'idée ; chez l'enfant, l'éducation inhibitrice n'est pas encore faite : aussi extériorise-t-il plus que l'adulte et

(1). Dallemagne *Physiologie de la Volonté*, cf. id. : « La volonté reste donc comme une notion concrète dans la plupart des actes et des manifestations de la vie individuelle et collective. C'est encore en son nom qu'on apprécie et classe les hommes ; qu'on leur concède ou qu'on leur refuse des qualités ; qu'on juge leurs actes ; qu'on leur laisse ou non la libre disposition de leurs biens ou de leur personne ; qu'on les prive de liberté... »

est-il davantage poussé à accomplir l'acte que l'on accomplit devant lui ou auquel il pense.

De même chez le vieillard on note de l'incoordination idéomotrice ; c'est l'involution de l'inhibition de l'automatisme par la volonté.

La fugue infantile apparaît donc sous cet angle comme une banalité normale : elle n'étonne plus, puisque ce n'est plus par volonté que l'enfant fuit, mais par manque de volonté pour refréner sa motricité ; de plus, il n'est pas retenu chez lui par la pensée d'éviter un trouble, qu'il ne soupçonne pas si intense, à sa famille, car en état de cyclothymie, par « cyclothymisme », dirions-nous volontiers, son affectivité perturbée, déréglée, l'en détourne. Enfin, l'idée fugue représente à l'enfant le mirage de l'avenir et de l'inconnu.

« Quand la peine et le plaisir sont en conflit chez un enfant il est rare que la balance émotionnelle ne penche pas du côté du plaisir. C'est que, au moment où l'image agréable surgit dans sa conscience, elle la remplit toute entière ; toutes les tendances, toutes les forces de son être emportent son esprit vers ce plaisir assuré d'avance ; toutes les autres images, que l'objet pourrait susciter, sont supprimées, expériences passées, conseils, leçons et châtiments... Quand l'heure est venue des alléchants caprices, des tentations obsédantes, l'idée du blâme ou du danger associée à certaines expériences, les avertissements, les menaces, les prières, glissent sur la conscience de l'enfant. Son libre arbitre, ou ce qui lui en tient lieu, s'efface devant le mobile dominateur » (1).

(1) Pérez *L'enfant de trois à sept ans*. Alcan.

DU ROLE DE LA VIE NEURO-VÉGÉTATIVE

Depuis quelque dix ans la recherche de réflexes les plus divers occupe physiologistes et cliniciens. Mais il en est un certain nombre plus particulièrement féconds depuis peu, les réflexes de la vie organo-végétative, qui interrogent le pneumogastrique, le sympathique et le système parasympathique. Tout spécialement la psychiatrie en a retiré des données intéressantes qui orientent vers un jour nouveau bien des observations.

M. le professeur Henri Claude, MM. L. Garrelon, J. Tinel et D. Santenoise ont déjà rassemblé un nombre considérable de renseignements certains et sans les exposer dans leur ensemble nous devons en donner un aperçu afin de justifier bien des expressions, dont nous nous sommes couramment servis au cours de nos considérations sur la psychose périodique et sur les manifestations migratrices.

La base de toutes ces recherches est l'anaphylaxie, si bien mise en lumière par le professeur Widal et ses élèves et par le professeur Lépine. MM. Garrelon, Santenoise, Tinel ont démontré que les réactions violentes ou les manifestations toxiques anaphylactiques ou anaphylactoïdes ne se produisaient qu'en cas d'hypervagotonie, alors que l'hypovagotonie ou même la sympathicotomie franche caractérisaient une insensibilité relative, un état défavorable à l'expression de ces intoxications et réactions.

Concurremment ils ont montré « chez les intermittents, maniaques ou anxieux, ainsi que chez les épileptiques à crises paroxystiques, de curieuses variations de l'équilibre vago-sympathique, qui paraissaient conditionner en partie le cycle

de leurs manifestations ». Et Tinel et Santenoise (Société de psychiatrie, 19 janv. 1922) concluent que l'exemple le plus caractéristique est celui de la psychose circulaire, au cours de laquelle les crises, tant maniaques qu'anxieuses, correspondent d'une manière constante à un état d'hypervagotonie, alors que la défervescence de cette hypervagotonie accompagne la sédation de la crise. De même (Santenoise, Soc. de Psychiatrie, 20 oct. 1921) chez les intermittents l'apparition brusque d'une leucopénie sanguine avec inversion de la formule, comparable à la crise hémoclasique décrite par Widai, est le signe précurseur d'une crise d'agitation maniaque ou anxieuse.

Mais cliniquement le réflexe le plus pratique est l'oculocardiaque, couramment employé et que l'on peut enregistrer par l'inscription du pouls, à l'aide du polygraphe et d'une manchette d'oscillomètre. Les données qu'il indique, faciles à suivre et à contrôler, corroborent tous les jours l'existence chez les cyclothymiques d'un état de périodicité neuro-végétative ; l'hypothèse est aisée de déduire des relations entre le déséquilibre vago-sympathique et les divers états de la psychose périodique.

De ses expériences sur l'intoxication par le cyanure double de zinc et de potassium et sur le choc peptonique, Santenoise, in *Presse Médicale*, 25 avril 1923, a été amené à penser « que l'activité des échanges de la cellule nerveuse est liée au tonus neuro-végétatif. A l'hypervagotonie correspondraient des échanges rapides, tandis qu'à l'hypovagotonie correspondraient des échanges ralentis.

« Dès lors, on peut se demander si, dans la folie intermittente, les modifications psychiques périodiques ne traduisent pas des modifications de l'activité du métabolisme des cellules nerveuses supérieures, en rapport avec des variations rythmées du tonus neuro-végétatif. On peut même se demander de plus, si ces brusques et fréquents changements de la nutrition cellulaire ne sont pas capables de produire à la longue de véritables « cicatrices fonctionnelles », qui expliqueraient le passage à la chronicité. »

DEUXIÈME PARTIE

Observations



OBSERVATIONS

Nous avons tenu à conserver à ce chapitre d'*observations* son autonomie. Nous y avons groupé quelques exemples de fugues chez des enfants périodiques que nous avons relevés dans les abondantes publications de ces dernières années. En outre, nous avons été amenés à citer des cas qui semblent dépasser notre sujet : manifestations autres que des fugues et fugues chez les adultes, que nous rapporterons à la cyclothymie. C'est que nous avons estimé qu'il y avait lieu de bien mettre en évidence ce besoin d'extériorisation motrice, qui pousse les intermittents à un acte ou à une manière de vivre en harmonie avec leurs périodes d'exaltation ou d'anxiété. Ainsi pourrions-nous citer les crises d'A. de Musset, qui, en Italie, dans ses périodes d'excitation, « montait, raconte George Sand, dans une barque, s'exerçait à ramer et prenait des leçons d'un pêcheur de la côte. Il prétendait se trouver bien pour son travail du lendemain d'une fatigue qui abattait l'excitation de ses nerfs ». Egalemeut, à propos du même, nous pourrions étudier ses crises de dipsomanie bien connues.

Ces exemples, pris hors du seul chapitre fugues infantiles, ont pour intérêt de montrer : 1° que la périodicité a réellement une responsabilité dans les manifestations motrices, par conséquent la fugue infantile n'est pas une manifestation isolée dans cet ordre d'idées ; 2° que la réaction fugue a son expression chez bien des cyclothymiques adultes, d'où la notion du grand nombre de fugues infantiles qu'il y a lieu de rapporter à la psychose périodique du seul fait de la fréquence de la fugue, manifestation élémentaire, chez les enfants.

OBSERVATION I

(M. BERNARD-LEROY, in *th. Kahn*). — *Cyclothymie* (résumée).

L..., 35 ans, israélite. *Voyageur de commerce* pour une maison de piété. En périodes d'excitation se montre ingénieux, causant avec verve, merveilleusement adapté à sa situation. Il voudrait alors voyager tout le temps. Les trains ne vont pas assez vite à son gré. Et, plaisantant son origine, il se compare au Juif errant. Trois tentatives sérieuses de suicide. Plusieurs autres essais.

OBSERVATION II

(G. BALLET. *Soc. de neurologie*, 7 mars 1907). — *Psychose périodique et sitiomanie* (résumée).

Il s'agit d'un malade sitiomane, qui, mis en observation, a présenté, quinze jours après sa phase impulsive, un état dépressif typique. C'est donc bien, conclut l'auteur, à la psychose périodique, qu'il faut rapporter ce cas.

OBSERVATION III

(RAYMOND et JANET, in *Obsession et Psychasthénie*). — *Cyclothymie et Dipsomanie*.

Homme de 30 ans, sujet depuis l'âge de 15 ans à des crises de dépression.

« De temps en temps, dit-il, il me semble que je m'effondre, je ne suis plus bon à rien, je ne sais même plus lire, tout me paraît confus et étrange. »

Jusqu'à l'âge de 22 ans, il a supporté ces crises avec résignation. Il restait ainsi aplati quelquefois deux heures à peine, quelquefois pendant plusieurs jours.

Il avait bien le sentiment vague qu'il lui faudrait une *excentricité* pour le relever. Ayant été entraîné par des camarades à faire des

excès de boisson, et ces excès ayant dissipé ses crises de dépression, l'idée lui vint que l'ivresse était un remède contre ses tourments. Depuis ce moment ses crises ont changé de nature. Quand il se sent déprimé il est envahi par l'idée obsédante de la boisson.

OBSERVATION IV.

(CL. VURPAS.) *Impulsions conscientes et alternatives d'état de dépression et d'exaltation.* — *Encéphale*, 1909; t. I, p. 86.

Femme de 30 ans, mère de trois enfants : crises impulsives, chez une cyclothymique ayant été phobique et scrupuleuse, chez laquelle l'auteur relève et met en évidence « l'intensité et cet éclat tout particulier des images mentales », d'une part et par ailleurs sa conclusion est la suivante :

« Un dernier détail semble devoir attirer l'attention, c'est l'hyperhydrose palmaire qu'a toujours présentée la malade. C'est un trouble qui n'est pas rare chez certains névropathes. Ici, il semble s'exagérer depuis l'éclosion des derniers accidents. La constatation de ce symptôme dans ce cas, où le centre supérieur coordinateur et régulateur paraît ne plus remplir son rôle, est particulièrement intéressant. On sait dans quelle étroite dépendance sont les vasomoteurs avec la corticalité cérébrale, combien la moindre influence qui vient modifier le fonctionnement régulier de celle-ci retentit sur ceux-là. Aussi voit-on le trouble s'exagérer lorsque, sous l'influence de l'épuisement et de la fatigue du système nerveux, le centre supérieur traduit de moins en moins sa fonction.

« L'exagération de l'hyperhydrose palmaire est une traduction biologique de cette imperfection d'action du régulateur et du coordonnateur psychodynamique supérieur alors que l'expression mentale de ce trouble réside dans la succession cyclique et périodique des phases de dépression et d'excitation.

« Toujours sous la même influence de ce défaut de coordination supérieure, les images mentales deviennent de plus en plus autonomes, automatiques, évoluent de plus en plus pour leur propre compte et voient de ce fait leur éclat et leur intensité augmenter, en même temps qu'elles sont privées du pouvoir supérieur frénateur qui est l'inhibition. Elles tendent de ce fait à passer à l'acte,

et les conditions de production de l'impulsion se trouvent réalisées. Cette manifestation morbide vient ainsi s'alimenter à la même source que l'état circulaire de dépression et d'exaltation. Ces deux modalités psychopathiques dépendent de la même cause, ainsi que l'angoisse, la faiblesse, la lassitude, la sensation de vide cérébral. En réalité ils ne sont que les traductions diverses du même trouble pathologique. »

OBSERVATION V

(SOUQUES). — *Automatisme ambulateur chez un dipsomane.*

X..., homme de 33 ans, employé de commerce, présentant des antécédents ancestraux névropathiques, ne présentant lui-même aucun stigmat, mais dipsomane depuis quatre années. En dehors de ces accès il est très sobre; chez lui ou chez des amis, il boit très modérément, il est doux, travailleur, intelligent, affectueux, dit sa femme. Il accomplit en une année deux fugues, la première de quarante heures, la deuxième de vingt-huit heures, allant droit devant lui, sans aucun but, mais ayant entièrement conscience de ses actes, ne pouvant résister au besoin impérieux de marcher. A son retour il s'est très bien souvenu de ce qu'il avait fait, et il raconte avec beaucoup d'émotion les particularités de ses voyages. On le soumet au traitement bromuré pendant plusieurs mois : les accès dipsomaniaques ne sont jamais reparus.

OBSERVATION VI

(BOUVERET. *La Neurasthénie*, p. 79.)

« Un de mes malades, frappé depuis 25 ans d'hystéro-neurasthénie traumatique, est habituellement triste, abattu, sans force et sans courage. Il y a longtemps qu'il ne peut plus travailler. De temps en temps il est pris d'un besoin impérieux de marcher, et qu'il doit satisfaire... A plusieurs reprises il a quitté mon service pour satisfaire son étrange besoin de déambulation. »

OBSERVATION VII

(H. CLAUDE et A. BAUDOIN. *Encéphale*, 1907, p. 180). — *Délire ambulatoire automatique conscient, Epilepsie.*

V... Victorine, 25 ans. Epileptique avérée à partir de l'âge de 18 ans. Deux fois trépanée en 1902. Accidents nouveaux à deux reprises : 26 oct. 1905 et 26 janv. 1906.

La malade rédige des auto-observations complètes, dans lesquelles sont consignés les moindres détails : Sur ses sensations elle s'exprime ainsi : « Mes membres finissent par se contracter... Il me semble qu'à ce moment-là si quelqu'un voulait me forcer à rester tranquille je lui ferais du mal. Je n'ai plus peur de rien et je ne perds pas connaissance tout en restant abasourdie. Dans ces moments j'entrevois mon triste sort comme encore plus cruel que de coutume. C'est comme un désespoir qui me pénètre profondément et je n'ai plus que cette pensée de m'en aller. »

OBSERVATION VIII

(JEAN VINCHON. *Délires des enfants*). — *Psychose périodique et fugue* (résumée).

Excitation maniaque, dont le premier accès se traduit par une promenade à bicyclette, d'où le malade ne revient pas.

Les autres accès, caractérisés par un désordre physique et mental complet, sont précédés de troubles du caractère et d'abandon de travail. Il en survient même à l'asile et l'on peut constater que l'installation de ces crises est progressive.

Cette observation (n° 25) s'oppose avec caractéristique dans la thèse de M. Jean Vinchon à d'autres manifestations migratrices, non liées à la cyclothymie : ainsi, celle n° 5, fugue d'un débile mental, provoquée par un délire aigu, celle n° 31, jeune homme de 25 ans, très débile, atteint de psychose chronique, qui casse les carreaux, saute par les fenêtres, s'enfuit, mais, penaud, vient se faire réintégrer, celle, enfin, n° 37, qui rapporte de nombreuses fugues chez une D. P. hébéphrénique.

OBSERVATION IX

(LOUIS VIAN. *Anormaux constitutionnels et défense sociale*. Th. Montpellier 1914. Obs. 8, résumée.)

Intermittent, débile et pervers. « Quand je me suis évadé de Villejuif, dit-il, il y avait un an que j'étais tranquille, il fallait que je fasse des bêtises. Dehors, c'est la liberté qui me gêne. »

OBSERVATION X

(RAYMOND. *Obs. et psych.*, t. II, p. 412 (résumée). — *Fugueur habituel; débilité marquée*.)

Go..., 15 ans; en deux ans s'est sauvé de chez lui plus de douze fois. Au préalable prend de l'argent à sa mère (68 fr.) et à son patron, pour le compte de qui il avait touché des factures (304 fr.); se rappelle les moindres détails de ses déplacements. L'argent qu'il emporte ne lui sert qu'à payer ses frais de transport, diligence, chemins de fer; il vit pour quelques sous par jour : pain, 0 fr. 20; chocolat, 0 fr. 20; bière, 0 fr. 30 et même 0 fr. 15. Il passe son temps en voyage, ne s'accordant aucun plaisir; ses déplacements ne semblent même pas lui procurer la moindre satisfaction, il ne regarde pas le paysage, se sent mal à son aise, et éprouve un continuel sentiment de froid.

Il est extrêmement malheureux du fait de ses mésaventures : « Je suis encore parti, écrit-il; pourquoi? je ne le sais pas. C'est quelque chose de supérieur à ma volonté qui me guide », et il demande humblement conseil : « Faut-il rentrer ou m'engager directement comme mousse? »

Au début Go... s'est enfui de l'école où il ne pouvait rien apprendre, puis il a continué à s'échapper de chez lui, de chez son patron, par habitude et par impulsion.

C'est un faible, un débile. Il n'est intelligent qu'en apparence. Il ne peut suivre une idée; il passe sans cesse d'un sujet à un autre; il est totalement dénué d'attention, et reste la proie de ses impulsions et de ses habitudes.

OBSERVATION XI

(HEUYER, in *th. Enfants anormaux et délinquants juvéniles*). —
Observation n° 16, résumée.

T... Georges, 10 ans. Arriéré par insuffisance d'école. Pas de débilité mentale. Fugues, mendicité, vols. Hérédité : père voleur, frères et sœurs vagabonds et d'inconduite notoire.

Intelligent, éveillé.

Violent, brutal, irascible, *instable*. Vols, mendicité, fugues, notamment est allé à pied de Paris à Rochefort et se rappelle tous les villages par où il est passé et tous les détails du voyage.

OBSERVATION XII

(HEUYER, *ibid.* — Obs. n° 48, résumée).

He... Gabrielle, 12 ans.

Instabilité et perversions *par intermittence*.

Douce, obéissante et affectueuse habituellement, présente une crise 3 ans de suite au mois de juillet. Vols, mensonges, mythomanie. Durée 2 ou 3 mois et retour à l'état normal (Enfants malades, Dr Méry).

OBSERVATION XIII

(HEUYER, *ibid.* Obs. n° 99, résumée.)

Va... André (14 ans). Arriéré scolaire. Débile léger. Perversions légères. Ecole buissonnière. Le premier jour où l'enfant a été examiné il était inattentif, paraissait absent et répondait à peine. On pouvait porter le diagnostic d'imbécillité. Revu trois jours après il était plus éveillé, répondait d'une façon assez bonne à certaines questions logiques. La mère dit qu'en temps ordinaire il a ainsi des périodes variables pendant lesquelles alternativement il reste assis sur une chaise en paraissant rêver ou au contraire il est actif et même un peu excité.

OBSERVATION XIV

(in th. P. Kahn, *La Cyclothymie*, Paris 1909). Résumée.

P..., 19 ans, menuisier. Son père est mort de pneumonie. Sa mère est très nerveuse. Il éprouve des crises (?) à la moindre contrariété. A présenté des convulsions dans son enfance. Il n'a jamais pu obtenir son certificat d'études. A toujours été un ouvrier irrégulier. Il est très impressionnable. Ses parents nous apprennent qu'il est *d'humeur très variable, tantôt triste, tantôt gai, sans raison apparente*.

Au début de mai (après des périodes de crises qualifiées hystériques qui se seraient produites durant trois mois) ne rentre pas chez sa mère, avec qui il avait l'habitude de venir déjeuner régulièrement tous les jours, etc., fugue banale à 4 kilomètres de chez lui; rentre spontanément après vingt-sept heures d'absence. Placé à Ville-Evrard.

OBSERVATION XV

résumée de Pitres (*Leçons cliniques sur l'hystérie*). — *Fugues chez un cyclothymique.*

A. D..., gaziste, 29 ans. Père hypocondriaque, mort à 61 ans avec des symptômes de ramollissement cérébral. Mère, sœur et deux frères bien portants. A 18 ans violente commotion cérébrale par chute du haut d'un arbre. Depuis lors migraines fréquentes. A toujours été ému par le récit des voyages. Il s'inquiétait étant enfant des monuments remarquables des grandes villes. Jamais d'excès alcooliques. Pas de syphilis. Onanisme depuis l'âge de 11 ans. Intelligence assez vive. Mémoire excellente.

Se plaint de maux de tête fréquents. Sur le cuir chevelu, au niveau du vertex, zone hyperalgésique, de 5 ou 6 centimètres carrés, dont la pression provoque une certaine douleur. A 12 ans fuit pour la première fois; il était alors employé à l'usine à gaz de Bordeaux. Son frère va le rejoindre, lui frappe sur l'épaule : « Que fais-tu là? » D... semble sortir d'un rêve et se laisse ramener chez ses parents sans résistance.

Quelque temps après on lui confie cent francs pour aller exécuter un paiement : il part, et le lendemain... se trouve en chemin de fer avec un billet pour Paris. Arrêté à Paris, placé à Mazas, puis libéré, sa famille lui ayant refusé de l'argent, il rentre à pied à Bordeaux. Les fugues se renouvellent alors souvent : il visite successivement, Châlons-sur-Marne, Vesoul, Dijon, Lyon, Grenoble, Périgueux, Toulouse, Marseille, tout en gagnant sa vie, puis Alger, revient à Marseille et part à pied pour Bordeaux.

En 1878 il s'engage volontairement au 127^e R. I. à Valenciennes; quelques mois après il déserte et visite la Belgique, la Hollande, l'Allemagne, l'Autriche, où il travaille quelque temps à Vienne. Il reçoit une lettre de son beau-frère et rentre à son régiment, décidé à ne plus voyager. Il déserte quelque temps après et retourne à Vienne. Il va en Russie après l'assassinat du Tzar, est arrêté par la police, emprisonné comme nihiliste. On le reconduit à la frontière et on lui laisse la liberté.

Il part pour Constantinople. Là il fait la connaissance d'un ouvrier suisse, qui lui vante son pays. Il part alors pour Genève, Mulhouse, Schaffhouse, Bâle. Le mal du pays le prend, il rentre en France. Il est saisi à la frontière, passe en conseil de guerre à Lille et est envoyé aux travaux publics en Afrique, où il est gracié peu après et réformé pour ses maux de tête. Il revient à Bordeaux, rentre à l'usine à gaz, reste tranquille pendant quelques mois. Il devient fiancé à une jeune fille charmante. Les bans sont publiés. La veille de la cérémonie il disparaît sans raison plausible, et peu après se retrouve à Verdun sans savoir comment il y est venu, ni ce qu'il a fait pendant les quatre mois précédents. Il revient à Bordeaux, et, après quelques fugues analogues, ses parents le font entrer à l'hôpital. Il s'en échappe pour voyager et revient de lui-même dans le service.

Il épouse une ouvrière, qui accouche un an après d'un enfant à terme et bien constitué. Il travaille régulièrement pendant un an, puis un jour quitte l'atelier pour aller visiter les Landes.

Après trois fugues analogues il part pour Orléans, où il reste dix jours à l'hôpital; il vient à Bordeaux en neuf jours, faisant 50 kilomètres par jour, et est placé de nouveau à l'hôpital.

Avant d'entreprendre un voyage, il éprouve pendant quelques jours des malaises prémonitoires. Son caractère devient sombre, taciturne; sa figure prend un aspect d'hébétude qui contraste avec l'apparence douce et souriante qu'elle a à l'état normal. En même temps

il souffre de maux de tête violents; son sommeil est agité; il se masturbe cinq ou six fois par nuit. Bourdonnements d'oreilles. Besoin impérieux de marcher.

OBSERVATION XVI

(MM. CLAUDE, SANTENOISE et TARGOWLA. Cf. *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, n° 7, juillet 1923).

Fugues et perversions instinctives à manifestations périodiques; modifications dans l'équilibre du système neuro-végétatif, suivies par le réflexe oculo-cardiaque.

K... Lucien, 17 ans, entre à l'asile le 26 décembre 1922, venant de l'infirmerie spéciale, où il est resté trois jours.

Antécédents familiaux. Père mort en 1916, à l'âge de 42 ans, de laryngite tuberculeuse, a fait de longs séjours aux colonies, avait un caractère très instable. Grand'mère maternelle, cyclothymique toute sa vie, glycosurique, a été internée à 73 ans. Tante, fille de la précédente, également cyclothymique, a eu un fils, fabulateur dès l'enfance.

Mère sujette aux migraines, a eu deux enfants : Lucien et une petite fille morte de coqueluche à 5 ans.

Antécédents personnels. Né à terme, accouchement normal, 4 kg 500. À sept ans il fit une chute dans l'escalier; on le trouva sans connaissance; il ne présentait aucune lésion, mais revenu à lui ne se souvint pas de l'accident.

Dans sa première enfance il manifesta vite son caractère impulsif, violent et coléreux, d'une part, mais sans méchanceté, d'autre part. Il était très attaché à sa famille. Il aimait le feu; jouait en cachette avec des allumettes. A l'âge de 7 ans il met un jour le feu à la chambre de sa mère et se cache dans un fauteuil.

Il se dérobe fréquemment, se faisant chercher des journées entières. Il se cache dans la niche du chien, etc...

Gâté par sa famille, il est affectueux pour les siens, tant que ses désirs sont comblés. Mais il sait se servir également des menaces et des gentilleses.

Il fréquente l'école, mais est peu attentif, se plaint de ses maîtres et change souvent d'établissement.

A 11 ans, il commence à faire l'école buissonnière.

A 13 ans, il manque la classe huit jours consécutifs, tout en donnant le change chez lui. Croyant avoir été aperçu par sa mère, il « n'ose pas rentrer », ne doutant pas que toutes ses absences sont découvertes, se cache, rôde autour de la maison, vient passer ses nuits dans le jardin, passe ses journées avec les autres gamins et refuse de se laisser approcher. Il parle avec ses parents, ne consent pas à franchir le seuil de leur demeure et à croire à leurs promesses d'oubli de ses sottises.

Cependant le troisième jour il est ramené de force, capturé par surprise par une parente. Tout d'abord aux observations qu'on lui fait, il oppose mensonges et menaces, puis il se calme, demande pardon et s'efforce de trouver des raisons à ses agissements.

En 1919, il recommence : fugue sans motif, il reste un jour et une nuit dehors, mais rentre spontanément.

Changé encore de pension il donne assez de satisfaction à sa mère et a l'air de travailler (Année 1919-1920).

Mais à la fin des vacances, il décide (15 ans) qu'il ne « veut plus retourner en pension ».

Il entre alors en apprentissage (1920). Au bout de deux mois, il éprouve le besoin de raconter à son patron qu'il s'absente pour soigner sa mère blessée accidentellement, ce qui était faux. Sa mère croit qu'il continue à travailler et le retrouve tous les soirs à la gare. Il emploie ses journées, dit-il, à chercher à se faire embaucher comme mécanicien. mais il est déjoué et, se voyant tel, s'enfuit « sans que sa mère puisse le reprendre » (février 1921).

Repris par surprise le troisième jour, il est maintenu au lit malgré sa résistance. L'excuse alléguée de sa conduite est que ce métier de modelleur ne lui convenait pas.

A ce moment, à la suite d'une consultation médicale, qui ne fut pas à sa gloire, il a une crise de larmes et de repentir, sincère, semble-t-il.

Il est alors mis dans une école professionnelle, puisqu'il se sentait des « aptitudes » pour la mécanique. Tout va bien d'abord, mais tout se gâte ensuite (1922) : il est indiscipliné et fait la forte-tête. Privé de sortie la matinée de la mi-carême (février 1922) il décide de se ratrapper. Comme il avait rendez-vous avec sa mère à Paris, il lui écrit :

25 février 1922.

« Ma chère petite mère,

« Je t'écris car je suis très ennuyé, je viens d'être consigné par l'abbé L... De plus je ne veux plus rester à l'E. P. S., car je sais que si j'y reste je serai renvoyé; alors il vaut mieux que je parte avant. Si quelquefois tu me refusais, je ne sais pas ce que je ferais, *je crois que je partirais pour toujours* (souligné dans l'original), car ma décision est bien prise.

« En attendant une bonne réponse immédiate, reçois de ton fils ses meilleurs baisers. »

En addendum à cette injonction nous trouvons cette note de son directeur :

« Cette lettre se passe de commentaires sur Lucien qui fait preuve depuis un certain temps d'un peu de mauvais esprit. Naturellement lorsqu'on le prend en particulier, il reconnaît ses torts, mais, devant ses camarades, il aime tenir tête à ses maîtres. C'est le motif qui l'a fait consigner pendant ces vacances des jours gras.

« Daignez agréer, Madame, etc... »

Néanmoins il sort l'après-midi avec un bulletin en règle, mais au lieu d'aller retrouver sa mère à Paris, il se rend avec un camarade à son domicile et emprunte vingt francs à un voisin, au moyen d'une histoire forgée de toutes pièces : « il va retrouver sa mère, partie d'extrême urgence à Chartres. » Puis il va s'amuser. Il se fait conduire en taxi à la gare du Nord et tente de le payer avec un prospectus-réclame imitant un billet de 50 francs. A onze heures du soir il échoue chez sa mère, puis, il réintègre l'école. Le lendemain il est renvoyé sans délai.

Il rentre chez lui et manifeste le plus profond repentir : « très sombre, abattu, disant à plusieurs reprises qu'il voudrait bien mourir; qu'il ne tient pas du tout à la vie ». — « Son regard n'est plus le même, dit sa mère qui cherche à le consoler, et il reste de longs moments sans vouloir parler. » — Sa mère cherche pour lui une autre école et le jour où tout est arrêté il prend un peu d'argent et part en laissant la lettre suivante :

12 avril 1922.

« Ma chère et pauvre mère,

« Je t'écris avec beaucoup de peine car je vois que ce que je fais est très mal. Mais, que veux-tu, nous ne nous entendions pas. Moi je ne voulais plus retourner en pension et toi, tu t'y opposais.

« Donc, pour ne plus te priver pour moi, je pars bien loin, pour tâcher de revenir meilleur.

« Surtout ce ne sera pas la peine de me faire rechercher, car, si je le savais, je me tuerais.

« Encore une fois, ma chère petite mère, je te remercie de tout ce que tu as fait pour moi; car tu as fait plus que ton devoir, car, je comprends, cela a été dur pour toi.

« Enfin, avant de te quitter et de quitter la maison de mon pauvre père, je verse des larmes, car je le sais, tout est fini pour moi.

« Reçois de ton pauvre fils ses tendres baisers. »

Il va à Sèvres chez un patron, où son école l'avait antérieurement placé. Il travaille et vit à l'hôtel, racontant que sa mère est morte le 6 avril, donnant toutes les précisions et qu'il n'a que son travail pour vivre. Sa mère le retrouve vite, mais ne se montre pas « pour voir si c'était seulement l'école qui ne lui plaisait pas. Mais après quelque temps cela ne va encore plus; il quitte son travail sans raison... » et travaille quelque temps chez Renault où il fait la connaissance d'une jeune fille.

Enfin il écrit à sa mère lui demandant de le reprendre. Au reçu de la réponse lui disant qu'il est attendu, il part (18 juin 1922) sans laisser aucune indication. Parti avec la jeune fille, avec laquelle il est lié depuis un mois environ, il s'arrête à Chartres, où il se dispute avec son amie, qui prend immédiatement le chemin du retour. Puis il poursuit seul son voyage jusqu'à Royan, abandonnant sa valise à la consigne.

Sa mère a perdu toute trace de lui et lui est sans ressource. Ses économies sont épuisées et il n'a pas de travail. Cependant il en trouve chez un restaurateur; puis il embarque sur un bateau de pêche, qui au bout de trois semaines le débarque à La Rochelle : « j'étais très malheureux, d'abord je n'avais pas d'habits et le mal de mer (sic) ».

A La Rochelle il s'embauche dans un café et au bout d'un mois

et demi, grâce aux indications d'un instituteur qui s'était intéressé à lui, une lettre de sa mère le touche et déclanche son repentir : « on aurait dit que je revenais à la vie. Je n'avais plus les mêmes idées. Je pensais à tout ce que j'avais fait, le mal que j'avais commis en abandonnant ma mère. Enfin je répondis à sa lettre et je regagnai la maison » (Septembre 1922).

Rentré chez lui il se montre affectueux et « fait des projets ». Il travaille dans une maison de commerce. « J'étais redevenu l'enfant obéissant et gentil avec sa mère. »

Mais il demeure triste, voudrait mourir, préoccupé et inactif hors de son emploi, prévient sa mère qu'il craint de faire un nouveau coup de tête. Sa mère s'en inquiète et, sur les conseils du service de Prophylaxie mentale, cherche une maison de santé pour le soigner. Durant ces démarches il perd son emploi, entre dans une nouvelle maison. Il n'y reste que dix jours, raconte des histoires, se plaint de sa mère, lui fait des scènes, dit qu'il viendra en smoking — il n'en a pas — à son travail puisque sa mère lui déchire ses vêtements, enfin s'absente un après-midi et ne revient plus; à d'autres il racontait que sa mère « partait trois mois à l'hôpital (!) ». Durant cette période il semble s'être adonné à la boisson, entraîné, dit-il, par des camarades. Sa conduite est intolérable, il est insupportable; puis impatienté par une remarque de sa mère sur sa fréquentation des bars et des cafés il quitte son domicile, non sans avoir pris cent francs. Au cours de ce nouvel accès il ne travaille à peu près pas, fait la fête, mais vient chez sa mère en son absence (décembre 1922).

Une fois sa mère parvient à le faire revenir sur son inconduite et à lui faire réintégrer le toit familial. Il ne tarde pas à repartir ayant encore pour prétexte une observation de sa mère et emporte à nouveau de l'argent.

Il vit à Montmartre, ne travaille plus, mais vient de temps en temps chez lui de jour alors que sa mère est absente.

Enfin un jour il introduit chez lui un de ses camarades connu à Montmartre délinquant habituel et tous deux emportent du linge, un sac de ville et un revolver dont ils tirent des coups. Pour pouvoir commettre ce vol ils avaient forcé la porte de la chambre de la mère de K..., car K... possédait toujours les clefs de sa demeure, mais non la clef de cette chambre.

A la suite de cette effraction, et sur plainte de sa mère, il est arrêté et amené à l'infirmerie du Dépôt.

« Alors, je sentis en moi le poids de mes fautes. Le repentir sincère, car, je vous l'assure, écrit-il dans son auto-observation, en ce moment où je suis bien, je pense souvent à toutes les fautes que j'ai commises et cela me fait beaucoup de peine, car maintenant je comprends tout le mal que ma mère a eu pour m'élever et pour tâcher de me faire arriver à quelque chose dans ma vie. Malheureusement il est trop tard maintenant, mais je veux m'efforcer de redevenir sérieux, pour donner un peu de bonheur à ma mère. » « Quand je fais ces fugues, je n'ai plus de sentiment; tout est perdu pour moi, je ne pense plus à ma mère, rien ne me plaît, et je n'ai plus de réflexion; je me laisse aller; par moments plus de courage; très énervé et je ne dors pas; je sens que je resterais des nuits entières à marcher; je me mets à pleurer sans raison. Mais même depuis 4 ou 5 mois je pleure, même quand je suis sérieux. » On le trouvait, assis dans l'escalier, en train de pleurer.

« Ce n'est pas par méchanceté que je fais pleurer ma mère, car, au contraire, quand je suis bien, je suis très affectionné pour elle; et je vous serai très reconnaissant si vous pouvez trouver de quoi me faire réagir quand je suis sur le point de faire le mal. »

Lorsque sa mère l'a revu elle note : (26 déc. au Dépôt) « il a pleuré beaucoup, mais sans manifester de regret; il ne semble pas se rendre compte, quand il est avec moi, des choses graves dont il s'est rendu coupable ».

Sa mère ne croit pas qu'il boive et ne lui connaît pas de fréquentation féminine. Il fume beaucoup, dépense l'argent sans compter. Parfois ses périodes de tristesse sont entrecoupées de moments de gaieté exubérante, de démonstrations d'amitié, etc...

Sa mère a l'impression que les fugues de son fils sont indépendantes de sa volonté; qu'à ce moment « il n'est plus lui-même ». Sa tenue, ses manières sont alors changées. Son regard n'est plus le même, répète-t-elle. Dans les périodes qui précédaient ses fugues ou actes délictueux, ses voisins le trouvaient « drôle ».

A son entrée (26 déc. 1922) il pleure en exprimant ses regrets sur sa conduite et reste triste pendant quelques jours. Son attitude est correcte.

K... répond volontiers à l'interrogatoire; ses réponses sont précises, sa mémoire exacte, son orientation correcte.

Il raconte son histoire en détails, paraissant regretter ses escapades. Il dit que lorsqu'il fait ses fugues il n'est pas dans son état nor-

mal. Cela commence par de la tristesse, sans raison, des envies de pleurer. Puis il se met à « Travailler comme un sourd ». Il a besoin de mouvement et de fatigue. D'autres fois il ne fait rien, reste inerte dans un coin, la tête dans les mains. « Dans ces moments, je n'ai plus de sentiment. » Tout d'un coup l'idée lui vient de s'en aller et il part comme poussé par une force irrésistible. Il cherche à lutter, à rester : « Je me dis : il faut que je reste, je vais rester, mais il y a quelque chose qui me pousse ».

Aucune idée délirante. Jamais de trouble psycho-sensoriel.

« Dans ces moments, les miens, ma mère, ma tante, ne comptent « plus pour moi. J'ai l'impression que je suis changé. Je le crois « en moi-même. Je sens que je n'ai plus de courage, plus de volonté; « j'ai le cafard; je suis comme anéanti. Je suis très nerveux; je ne « dors pas : il faut que je marche; je me sens agité; je ne sens pas « la fatigue. »

Hypermnésie de ces périodes : dit fixer très vite, grande vivacité d'évocation. « Je raconte des histoires avec tant de détails, que l'on croit que c'est la vérité. Je raconte cela par plaisir de parler, de raconter des histoires, pour me vanter; même quand on me démontre que ce n'est pas vrai. »

Les notes d'examen de son niveau mental sont bonnes ; il sait lire et écrire correctement, ses calculs sont exacts. Sa conduite à l'asile est bonne : il aide au laboratoire avec intelligence et bonne volonté et semble s'intéresser aux services qu'il rend.

28 décembre. — Se comporte bien dans le service. Travaille toujours au laboratoire; vite au courant, il est assez soigneux.

3 janvier 1923. — Récit de sa dernière escapade avec une apparente bonne foi et simplicité, sans aucune gêne. En paraît ému. Ne semble pas regretter ses écarts de conduite. Peu ébranlé par la préoccupation des soucis qu'il donne à sa mère. Son fond mental se montre assez peu affectif, égocentrique et vaniteux.

9 janvier. — Légèrement déprimé, envie de pleurer sans raison. Désagréable avec sa mère le jour de visite.

Reste sombre pendant deux ou trois jours. Puis tout se passe.

15 janvier. — Travaille régulièrement, apparaît normal.

1^{er} février. — Rien d'anormal, s'occupe. Constamment au laboratoire. Effectue des calculs sans erreur; classe les graphiques avec soin.

A jeûn, R. O. C. : 78-72.

R. O. C



Tracé I. — Réflexe oculo-cardiaque avant l'accès observé dans le service (1^{er} février 1923).

R. O. C



Tracé II. — Réflexe oculo-cardiaque au début de l'accès (9 février).

R. O. C



Tracé III. — Réflexe oculo-cardiaque pendant l'accès (13 février).

R. O. C



Tracé IV. — Réflexe oculo-cardiaque après l'accès (période intercalaire : 5 jours).

9 février. — R. O. C. : 66-24, se produisant rapidement, avec une syncope cardiaque de 5 secondes.

Depuis trois jours était très changé : ne restait pas en place, ne faisait pas ce qu'on lui disait.

Sans explication va travailler avec les infirmiers, disant qu'en travaillant au laboratoire il n'aurait pas son pécule, qu'il s'ennuyait au laboratoire et préférerait faire le ménage, encaustiquer les parquets : « cela me donne du mouvement ».

Était sombre depuis 2 ou 3 jours; ne dormait plus depuis 5 ou 6 jours; se sentait énérvé; avait envie de pleurer sans savoir pourquoi.

« Je me sens tout comme dans mes moments de fugue. »

13 février. — R. O. C. : 66-36.

Moins « énérvé ». Revient travailler au laboratoire, mais travaille mal. Troubles de l'attention, erreurs de calcul. Répond si on lui fait une observation. Refuse de faire certains calculs, probablement par ce qu'on lui a fait remarquer que certains résultats étaient faux.

17 février. — Cire les parquets; déserte le laboratoire. Indocile : ne se laisse pas examiner.

25 février. — A eu ces derniers jours plusieurs crises de larmes. Semble mieux.

5 mars. — Travaille régulièrement au laboratoire; s'occupe bien de tout ce qu'il a à faire. S'excuse d'avoir été indocile. Dit qu'il a eu une mauvaise période, mais qu'il sent que cela va mieux.

R. O. C. : 72-72.

13 mars. — Se sent bien. Docile, actif, calcule sans erreurs.

20 mars. — Découragé, ne dort pas, grande anxiété, ne travaille plus régulièrement.

24 mars. — Dépression, triste, pleure sans motif.

25 mars. — Est désagréable avec sa mère, en visite.

28 mars. — Toujours déprimé.

2 avril. — Se trouve bien.

8 avril. — Continue à être bien.

Depuis cette date, il se montre normal, travaillant bien, affectueux avec sa mère lors des visites.

Son réflexe oculo-cardiaque reste normal.

Au bout de quelques semaines d'observation on le rend à sa famille. En somme, arrivé au cours d'une phase intercalaire, K... a présenté dans le service de la Clinique Sainte-Anne une courte pé-

riode de dépression, une phase d'excitation d'un mois de durée, séparée de la première par un intervalle calme d'un mois également; une phase de dépression, plus courte, a succédé à la précédente après quelques jours d'amélioration et a été suivie d'une période de calme suffisamment prolongée pour autoriser sa sortie.

Les fugues de ce malade traduisent donc au maximum la libération d'un automatisme moteur, dont témoigne également le besoin impérieux de dépense musculaire accusé par le malade et observé dans le service.

« Mais cet automatisme ambulateur, conscient et mnésique, s'il est la manifestation la plus bruyante, n'est qu'un élément d'un complexe symptomatique caractérisé essentiellement par ses allures paroxystiques et sa périodicité.

« On trouve, en effet, chez lui, associée aux fugues, une série de manifestations du cadre des perversions instinctives et notamment la mythomanie. Cette association rappelle la mythomanie errante de Dupré, mais se présente ici avec un caractère périodique réalisant une sorte de « mythomanie errante paroxystique » ; elle s'apparente par là aux formes périodiques du délire d'imagination (Dupré), que l'on doit distinguer, du reste, des faits dans lesquels il y a simple coexistence des deux formes vésaniques (Antheaume et Trepsat, Lévy-Valensi et Vinchon). Faite du besoin de raconter des histoires pour le plaisir de se vanter et de parler, elle a aussi un aspect de malignité qui la rapproche de la « folie morale » avec des tendances à voler et à boire, constatées lors des derniers accès.

« Cependant, les renseignements de diverses sources que nous avons pu recueillir, les dires du malade, nos propres constatations, montrent que ces perversions instinctives se groupent autour des fugues, réalisant de véritables « accès » alors qu'elles sont refrénées, demeurant latentes dans les périodes intercalaires. De plus, elles offrent un caractère impulsif s'accompagnant même d'une ébauche de lutte et sont habituellement précédées de phénomènes prodromiques (insta-

bilité, énervement, tristesse, insomnie, anxiété parfois et sensation de fuite des idées) ; cette parenté avec les obsessions, qui témoigne d'une demi-conscience, oppose ce cas et les perversions instinctives banales, auxquelles les malades cèdent sans résistance parce qu'ils ne se rendent pas compte de leur anomalie.

« D'autre part, l'analyse psychologique révèle qu'à l'hyperactivité motrice caractérisée par les fugues et le besoin de dépense musculaire, qu'au besoin de parler et de mentir, s'ajoutent d'autres modifications dans la sphère intellectuelle (exagération de l'automatisme mental, diminution de l'attention volontaire, incapacité d'exécuter un travail suivi) et des troubles du caractère (irritabilité allant jusqu'à la colère violente, effacement de la volonté, diminution des sentiments affectifs et du sens moral). Ce sont là des symptômes de la série maniaque et il semble bien que le tableau de la « folie morale », périodiquement réalisé, résulte de leur association aux perversions instinctives. Le caractère obsédant que celles-ci revêtent parfois au début de la crise, les remords, les protestations d'affection envers les siens, qui la terminent généralement sont liées à la lucidité du malade, qui a conscience de son état.

« En outre, il existe chez ce sujet des phases plus discrètes, au cours desquelles on note de la dépression, de la tristesse, du dégoût de vivre. Elles sont séparées des phases d'excitation par des périodes intercalaires normales.

« Il semble donc qu'au point de vue clinique on puisse légitimement considérer ce cas comme une psychose intermittente, se rattachant à la folie périodique des classiques français aussi bien qu'à la psychose maniaque, dépressive, telle que l'a décrite Kraepelin. L'hérédité similaire dans la branche maternelle est en faveur de cette hypothèse.

« Enfin, nous tirerons un dernier argument du syndrome neuro-végétatif observé chez notre malade, qui rappelle en tous points les constatations que l'on peut faire dans la psychose périodique. Le réflexe oculo-cardiaque, nul dans les

périodes intercalaires, devient positif dès la période prodromique, reste très marqué pendant toute la durée de l'accès et disparaît après lui.

« Les réactions aux agents pharmaco-dynamiques concordent également avec les modifications oculo-cardiaques : le sujet tolère assez bien l'ésérine et la pilocarpine dans les périodes intercalaires, tandis que l'atropine et l'adrénaline provoquent, à faibles doses, les réactions caractéristiques ; inversement dans les phases morbides on note une tolérance marquée pour l'atropine, alors que les autres agents pharmaco-dynamiques donnent des réactions assez vives.

« De même l'épreuve de l'hémoclasie digestive a été positive pendant l'accès. Enfin, au point de vue du métabolisme, le malade présente, comme les périodiques, une tolérance au sucre moindre dans les périodes intercalaires que dans les phases vagotoniques (glycosurie alimentaire à 125 gr. à l'état normal, 150 gr. de glucose ne la provoquant pas pendant l'accès). »

En résumé, on peut conclure ici à la psychose périodique.

Certes, la notion du traumatisme crânien de l'enfance, le caractère coléreux du malade, peuvent faire assimiler ces impulsions migratrices à des équivalents épileptiques. Mais la périodicité des manifestations, leur installation progressive, ajoutées à l'examen des faits et aux épreuves biologiques, concordent pour étayer le diagnostic de cyclothymie, auquel nous n'omettrons pas de joindre les perversions signalées comme autre élément de ce terrain dégénératif et qui se fait jour à l'abri de l'inhibition de la volonté, réalisée par l'élément fondamental, l'état maniaque.



TROISIÈME PARTIE

- I. — Considérations médico-légales ;
- II. — Considérations thérapeutiques ;
- III. — Conclusions ;
- IV. — Bibliographie.

CONSIDÉRATIONS MÉDICO-LÉGALES

La médecine légale infantile occupe de nos jours une place prépondérante dans le souci des magistrats chargés de l'application de la loi et de la protection de la société. Depuis de nombreuses années, les tribunaux, et spécialement les tribunaux d'enfants (mineurs de moins de 13 ans), ont reconnu que bien des cas qui étaient soumis à leur appréciation justifiaient la collaboration médicale. La responsabilité des prévenus ou délinquants habituels demande à bien être précisée avant d'encourir la rigueur d'une répression pénale (cf. loi du 22 juillet 1912, art. 4).

Les fugues tout spécialement justifient une expertise médicale du fait des divers état pathologiques au cours desquels elles peuvent se produire et dont elles sont parfois la première manifestation. Ainsi les absences des jeunes soldats, que les tribunaux militaires ne doivent pas se hâter de qualifier désertions, traduisent bien souvent un état comitial, une démence précoce plus ou moins latente, ou une phase cyclothymique.

Il y a donc intérêt à rechercher l'état pathologique à la moindre indication et à peser un diagnostic aussi précoce et complet que possible, faisant la part de la maladie, de la responsabilité et n'omettant pas la possibilité de la simulation, si fréquente chez tous ces instables, pervers, mythomaniques, peu disposés à accepter les sanctions méritées par leur conduite.

Quoi qu'il en soit, dans la fugue, il y a le délit de vagabondage, qualifié aux articles 270, 271 et 66, 67, 69 du code pénal.

Trois éléments caractérisent ce délit : absence du domicile certain, défaut de moyens de subsistance et le fait de n'exercer habituellement ni métier, ni profession.

C'est un délit chez les enfants, dit le Comité de défense de Paris dans la *Revue Pénitentiaire*, 1893 (p. 965-979), ayant quitté « sans autorisation, ni cause légitime le domicile légal de leurs parents ou tuteurs, les lieux où ils étaient placés par ceux à l'autorité ou à la direction desquels ils étaient soumis ou confiés, d'être trouvés errants, soit logeant en garni, soit n'exerçant aucune profession régulière, soit tirant leurs ressources de la débauche et des métiers prohibés ».

Mais, si le vagabondage est un délit vis-à-vis les règles sociales, nous avons vu qu'il est l'expression de diverses psychopathies aux yeux du médecin et ce n'est que suivant les conditions psychologiques dans lesquelles un délit a été accompli que l'on peut décider du sort de son auteur.

Dans tous les cas il est nécessaire de rechercher quel était l'état mental du sujet au moment où il a accompli sa crise au cours de laquelle il a commis le délit incriminant.

« Quand l'individu soumis à l'examen médical était sain d'esprit au moment où il a accompli l'acte qui lui est reproché il doit être déclaré responsable ; s'il était aliéné, il doit être déclaré irresponsable et envoyé ensuite dans une maison d'aliénés s'il est dangereux. Si, sans être aliéné, il présente de l'insuffisance des facultés intellectuelles, une maladie nerveuse, etc., il y a lieu de déclarer que sa responsabilité est atténuée. » Gilbert BALLET.

Au point de vue psychologique l'étude de ces cas d'enfants à la fois pervers, débiles et périodiques est complexe.

Du fait de leurs perversions, spontanément enclins à nuire, ils justifient des mesures de sécurité que l'on prend contre eux.

Du fait de leur débilité intellectuelle, ils sont congénitalement mal adaptés à la réflexion et à l'effet salutaire des mesures de répression.

Du fait de leur constitution cyclothymique, ils sont voués, lors de leurs phases d'excitation maniaque ou dépressive, à ne plus contrôler efficacement leurs tendances et leurs réactions.

C'est donc une responsabilité très atténuée qui doit leur être reconnue : débiles de la volonté, guidés par leurs impulsions, leur discernement reste débile.

Mais, si leur discernement est affaibli, il n'est pas totalement absent : ils ont une certaine conscience du bien et du mal ; après leur accomplissement ils sont capables d'apprécier la valeur de leurs actes ; ils ont une très haute idée de la justice, s'en réclament souvent avec, il est vrai, une conscience exagérée de leurs droits et diminuée de leurs devoirs ; enfin, ils sont sensibles à l'influence du châtement.

C'est donc que du point de vue social il ne faut pas négliger ces sanctions qui atteignant leur amour-propre et leur bien-être atteignent également leur capacité morale.

« Tout en reconnaissant chez la plupart d'entre eux, dit Tardieu, la perversion des instincts et en admettant l'impuissance morale de résister aux impulsions morbides, il est des cas où certains actes sont de leur part le résultat d'une méchanceté active et consciente qui ne permet pas de les considérer comme complètement irresponsables. » Et, en effet, ils sont plus excusables lorsque leurs passions exagérées leur font commettre un crime que lorsque leur absence de moralité leur permet un délit.

Ainsi donc dans la mesure où l'autorise leur responsabilité psychologique au moment de l'acte incriminé on peut leur reconnaître une responsabilité sociale.

Enfin une dernière question se pose : quelle responsabilité appliquer aux cyclothymiques en période de calme ?

Nous avons vu qu'en théorie l'intervalle libre n'existe pas. Constitutionnelle, la maladie se manifeste toujours par des sautes d'humeur, etc...

Mais, en pratique, ces oscillations peuvent être suffisam-

ment faible pour que l'on puisse hésiter à en tenir compte.

« Une intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit dès lors lui appliquer une règle applicable à la raison elle-même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile. La seule différence dans ces cas, et elle est souvent très grande, est une difficulté clinique, une question de diagnostic. Il s'agit pour l'expert d'établir par des preuves péremptoires et certaines que l'individu soumis à l'examen était bien, au moment de l'action, dans une véritable période d'intermittence, dans un état de guérison réelle et non apparente, et non pas dans une simple rémission plus ou moins prononcée, ou dans un état de dissimulation du délire par la volonté du malade, comme cela arrive si souvent, par exemple dans les périodes de rémission du délire de persécution. » (FABRET).

M. Antheaume précise : « Jusqu'à quel point est responsable de ses actes un individu dont c'est la constitution même de présenter des phases d'activité débordante ou de dépression exagérée à propos desquelles on ne saurait appliquer le jugement qu'on porte sur les actes d'individus dont la pondération est sensiblement la même au cours de toute leur vie ? — Et jusqu'à quel point un tel sujet est-il responsable alors qu'il explique avec logique, adresse et un esprit très éveillé la plupart du temps les actes répréhensibles dont la justice lui demande compte ? — Le public ne voit jamais, chez de tels malades, la tare mentale perturbatrice ; il parle d'immoralité, de mauvais instincts, mais non de folie. »

La fugue, que nous avons décrite comme commandée par un déséquilibre neuro-végétatif et déclenchée par un automatisme moteur à la faveur de ce déséquilibre, s'apparente à ces diverses considérations. Ducosté avait certainement observé des cas analogues quand il décrivait les fugues d'instabilité.

Pour nous, il n'est pas douteux que lorsque le réflexe oculocardiaque montre que le malade est encore sous l'empire d'une

hypervagotonie accusée, la responsabilité soit nulle. Il en est de même lorsque plus tard il présente des périodes caractéristiques au cours desquelles il a tendance à fuir ou à dépenser son énergie motrice et que l'on peut superposer à la période de fugue ou d'un autre acte délictueux, comme dans notre observation XVI. Car, dans ce dernier cas, ce ne sont pas les fugues qui ont déterminé l'arrestation, mais des actes contemporains, vols, effractions.

Cependant, d'autres considérations méritent notre attention. Sous le bénéfice d'irresponsabilité faut-il permettre à de tels individus de recommencer et de développer leurs tendances perverses et débiles ? Et, d'autre part, ne peut-on pas tenter de redresser de tels individus par une correction soit plus courte soit, au contraire, plus prolongée et plus sévère qui s'adresserait à ce qu'ils possèdent de capacité pénale ?

Raymond a écrit : « La grande préoccupation de la justice devrait être de réparer autant que possible le mal commis et de mettre les coupables dans l'impossibilité de recommencer. L'irresponsabilité des malades qui font des fugues ne devrait pas aller jusqu'à leur conférer une liberté entière. Il faut avant tout apprécier dans chaque cas non pas seulement le degré de responsabilité normale du malade, mais le danger qu'il constitue pour lui-même et pour la société. La détention plus ou moins prolongée dans un asile, la surveillance plus ou moins longue éviteraient ainsi de grands malheurs. »

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Nous ne pouvons terminer ce travail sans faire suivre les considérations sociales de quelques considérations thérapeutiques.

Il ne suffit pas, en effet, de consigner nos fugueurs cyclothymiques soit en prison soit à l'asile. Il ne suffit pas non plus de leur entr'ouvrir, lors de leurs phases critiques, l'hospitalisation libre ou de leur conseiller un prévoyant placement volontaire. Il faut tenter de les amender, après en avoir complété l'examen sous les trois faces médicale, pédagogique, psychologique, ou tout au moins leur permettre de vivre en les garantissant contre leurs propres réactions. Comme le dit Benedikt (*Arch. d'hyg. publ. et de méd. légale*, 1890), « il faut insister sur ce point que tous les enfants sauvés [du vagabondage] sont mal équilibrés par nature et non pas seulement corrompus par leur destin. L'art pédagogique et la philanthropie ont plutôt toutes raisons d'être fiers de leur triomphe parce qu'ils ont créé un salubre équilibre artificiel chez des individus qui ne sont pas équilibrés par la nature... »

Chez les vagabonds la neurasthénie morale et principalement la faiblesse de la volonté est dominante ; aussi ils travaillent sous une pression morale, tandis qu'ils sont incapables de travailler en liberté. »

Donc le premier devoir du médecin et du pédagogue est d'occuper ces enfants fugueurs sous le contrôle d'une éducation ferme et attentive qui leur forme leur propre pression

morale, dont parle Benedikt, ou leur en crée une, efficace pour eux-mêmes.

Il faut tâcher d'asservir leurs réactions à un joug qui ne se fasse pas sentir et pour cela faire vibrer la corde affective, lorsqu'il en est temps encore. En raisonnant affectueusement les enfants à tendances perverses on obtient plus que par les menaces et les corrections.

Enfin, tout un grand chapitre thérapeutique s'ouvrira, celui des substances susceptibles de modifier le déséquilibre vago-sympathique, lorsque les tendances perverses pourront être nettement rapportées à des crises de psychose périodique, plus ou moins caractérisée.

Car, ainsi que l'ont prouvé MM. Garrelon, Santenoise et Tinel, « si l'on prolonge artificiellement par l'atropine, le gardénal et l'adrénaline, chez ces intermittents, la durée de la période hypovagotonique, on retarde d'autant l'éclosion de leur crise périodique.

De même l'intervention d'un choc anaphylactique ou anaphylactoïde (choc sérique, peptonique, vaccinal, colloïdal), qui détermine toujours après une brusque poussée d'hypervagotonie une réaction plus ou moins durable de sympathicotonie, peut brusquement déclencher la fin d'une crise ou retarder l'apparition de la crise suivante. » (*Presse Médicale*, 7 avril 1923.)

C'est donc tout l'arsenal employé dans l'asthme, la migraine, l'urticaire, les paroxysmes divers, qui peut trouver son indication pour calmer une crise, ramener un enfant et éviter enfin de nouvelles fugues, en un mot pour modifier le système neuro-végétatif.

Mais à l'abri de ce barrage artificiel de l'hypervagotonie, prédominance du tonus de l'automatisme sur la volonté, nous nous efforcerons de modifier plus intimement les conditions physiques du malade d'après les données de la physio-pathologie, de ses divers appareils urinaire, cardiaque, digestif, génital, endocrinien, etc...

Ainsi, par le développement général et la correction des troubles relevés, peut-on espérer favoriser une plus grande emprise de la volonté sur le caractère si vite déséquilibré de ces individus et leur permettre d'accéder à une vie sociale sensiblement normale.

Cependant il ne faut pas oublier que constitutionnellement ils sont plus aptes que d'autres, soit du fait de leur hypervagotonie, soit du fait de leur cyclothymie, à réagir aux actions extérieures, aux émotions, à toutes les circonstances, qui peuvent troubler à nouveau leur équilibre neuro-végétatif et psychique.

Il sera donc bon de les surveiller souvent afin de prévenir l'éclosion de nouvelles crises lorsque l'indication s'en posera.

III

CONCLUSIONS

I

Il est une variété de fugues infantiles, survenant par accès, qu'il y a intérêt à bien connaître, celles qui se produisent à la faveur d'une phase d'excitation ou de dépression cyclothymiques.

II

La recherche d'un trouble de l'équilibre neuro-végétatif, notamment l'examen du réflexe oculo-cardiaque, dont l'exagération accompagne toujours, semble-t-il, les phases aiguës de la psychose périodique, permet de rapporter ces fugues et les autres manifestations, qui leur sont équivalentes, à leur véritable cause.

III

Ces fugues sont dues à la libération de l'élément moteur et des perversions instinctives, qui peuvent l'accompagner, du fait que la volonté, qui les refrénait, est « barrée » par le déséquilibre du caractère.

IV

Au point de vue médico-légal, ces malades doivent être tenus pour pénalement irresponsables, ou très partiellement respon-

sables. Mais des mesures de surveillance sont justifiées à leur égard tant qu'il ne s'est pas écoulé une accalmie suffisamment prolongée pour autoriser leur sortie.

V

La notion du déséquilibre vago-sympathique permet de tenter le traitement abortif de l'accès d'excitation et une cure prolongée de la constitution périodique de pareils malades.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

VU : *Le Doyen,*

M. ROGER.

VU : *Le Président de Thèse,*

HENRI CLAUDE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBANEL. *Le crime dans la famille*.
- H. ALEXANDER. *Le vagabondage, maladie sociale*. The alienist and neurologist, mai 1907.
- ANGLADE et JACQUIN. *Psychoses périodiques et épilepsie*. Encéphale, juin 1907.
- AMAND. *Les psychoses périodiques*. Traité de Pathologie mentale de Gilbert Ballet.
- ANTHEAUME. *Psychoses périodiques*. Congrès de Genève, 1907.
- BALL. *Folie de la puberté*. Encéphale, 1884.
- GILBERT BALLE. *Mélancolie et sitiomanie*. Soc. de neurologie, 5 juillet 1900.
- *Mélancolie intermittente*. P. M., 1902, p. 462.
- *Sitiomanie et psychose périodique*. Soc. de neurologie, 7 mars 1907.
- BECK. *Contr. à l'étude des rapports du vagabondage et de la folie*. Lyon, 1902.
- BELLETRUD et FROISSARD. *Fugues chez un enfant*. Rev. de psych., déc. 1910.
- *Instabilité constitutionnelle*. Arch. de neurologie, mars 1912, p. 137.
- BENEDIKT. *Neurasthénie et vagabondage*. Ann. d'hygiène publique et de médecine légale, 1890.
- *Sur la folie morale et ses rapports avec la criminalité*. Arch. de neurologie, 1896.
- BENON et FROISSARD. *Conditions sociales et individuelles de l'état de fugue*. Ann. médico-psych., sept. 1909.
- *Fugues infantiles*. Ann. d'hygiène, mars 1910.
- *Les fugues en pathologie*. J. de psych., juillet 1909.
- *Fugue et vagabondage*. Ann. médico-psych., sept.-oct. 1908.
- BOUVERET. *La neurasthénie*, p. 79.

BOURNEVILLE et BRICON. *L'épilepsie procursive*. Arch. de neurologie : 1887, t. XIII, p. 321 et t. XIV, p. 55 et 235 ; 1888, t. XV, p. 75, 227 et 379 et t. XVI, p. 234 et 420.

CALADÉ. *Accès répétés de manie aiguë pendant les périodes menstruelles*. Encéphale, 1883, p. 572.

CARRARA. *Les petits vagabonds de Cagliari*. Revue de l'hypnot. et psych.-physiol. Paris, 1901-2, XVI, p. 135-139.

R. CHARPENTIER. *De l'instabilité constitutionnelle dans les fugues délirantes*. Ann. médico-psych., 1919, t. XI, p. 166 et 150.

CLAUDE et BAUDOIN. *Sur une forme de délire ambulatoire conscient*. Encéphale, n° 2, fév. 1907, p. 180.

CLAUDE et PIÉDELIÈVRE. *Sympathique et glandes endocrines*. J. médical français, juin 1921.

CLAUDE, SANTENOISE et TARGOROLA. *Fugues et perversions instinctives à manifestations périodiques*. Bulletin de la Soc. clinique de médecine mentale, n° 7, juillet 1923.

CLAUDE, TINEL et SANTENOISE. *Réflexe oculo-cardiaque et réflexe solaire*. Réunion biologique neuro-psychiatrique, 9 janv. 1923.

ANDRÉ COLLIN. *L'enfance du débile intellectuel*. Ann. médico-psych., 1919, t. XI, p. 81 et 200.

ANDRÉ COLLIN et HENRI ROLLET. *Traité de médecine légale infantile*. Paris, Delagrave, 1920.

COLIN. *Rapport médical sur le service des aliénés*, 1903.

— Revue de psychiatrie, 1897, 1898, 1904.

— Soc. médico-psychologique, 25 fév. 1907.

— *Aliénés vicieux*. Paris, 1900.

L. COLIN. *La mélancolie*. Mémoire couronné par l'Académie impériale de Médecine. Paris, 1866, Vict. Rozier.

COTTU. *Contribution à l'étude des fugues*. Th. Paris, 1907.

COURBON. *Automatisme ambulatoire*. Ann. médico-psych., janv. 1907.

COURJON. *Etude séméiologique sur les débiles moraux à réactions anti-sociales*. Th. Paris, 1908.

CRAIG. *Pression sanguine dans la folie*. British médical journal, 1900.

Congrès de Berlin (1890), de Paris (1900), de Genève (1907), de Nantes (1909), de Tunis (1912), de Quimper (1922).

XVII^e Congrès français de médecine. Bordeaux, 27-29 sept. 1923 :
Le sympathique et les glandes endocrines.

DALLEMAGNE. *Physiologie de la volonté. Pathologie de la volonté*
(2 vol.).

DARNAL. *Dégénérescence et responsabilité pénale.* Th. Paris, 1896.

DENY et PÉLISSIER. *Débilité mentale et cyclothymie.* Encéphale,
mars 1905.

DUPRÉ. *Fugue suivie de fabulation.* Encéphale, août 1905.

FERRARI. *Recherches sur le pouls, la température et l'urine dans les*
folies périodiques. Naples, 1899.

R.-L. GAMLEN. *The Lancet*, 14 août 1920, p. 350.

GARRELON, SANTENOISE, TINEL. *Vago Sympathique, Anaphy-*
laxie et intoxication. Presse médicale, 7 avril 1923, p. 323.

GÉLIM. Th. Bordeaux, 1892.

JEAN GIROU. *Applications cliniques du réflexe oculo-cardiaque.*
Monde Médical, 1922, p. 327.

F.-G. HAMELIN. *Contribution à l'étude des fugues.* Th. Lille, 1908.

HAMON. *La responsabilité.* Arch. d'anthropologie criminelle, 1897.

HENRY-R. HARROWER. *Monography on the international secre-*
tions, 4 vol., 1921. for Est Broadway. Glendale. California.

HECKER. *Die cyclothymie eine circulare gemuthser Krankheit.*
Zeitschrift fur prakt. Aerzte, 1^{er} janv. 1898.

HEILBRONNER. *Des fugues ou états analogues.* Jahrbücher für psy-
chiatry und neurologie. Vol. XXIII, 1903, p. 107 (analysé par
Ladame in Rev. Neurol., 1904, t. XII, p. 301).

JEAN HÉLIE. *Le vagabondage des mineurs.* Th. de Droit. Paris,
1899.

HEUYER. *Enfants anormaux et délinquants juvéniles.* Th. Paris,
1914.

JANET. *Les oscillations du niveau mental.* Rev. des idées, 1905.

— *Les médications psychologiques.* Flammarion, 1923.

JOFFROY et DUPOUY. *Fugues et vagabondage*, Alcan, 1909.

JOLY. *Le Combat contre le crime.*

— *L'enfance coupable.*

- KAHLBAUM. *Ueber cykliches Irrsinn*. Braetzlauer Aertzlich. Zeitschrift, 14 oct. 1882, p. 217.
- PIERRE KAHN. *La Cyclothymie*. Th. Paris, 1909.
- KOSTER. *De l'influence de la lune sur les psychoses périodiques*. Allg. Zeit. für. Psych., XVI-XVIII.
- KRÖPLIN. *Précis de psychiatrie*, 1904.
- KRAFT-EBING. *Médecine légale des aliénés*. Trad. Remond, 1900., p. 431.
- LACASSAGNE. *L'homme criminel*.
- L. LAGRIFFE. *Les fugues et le vagabondage*. Ann. médico-psych., t. XI, p. 417 et t. XII, p. 81.
- LAIGNEL-LAVASTINE. *Les réflexes sympathiques*. Gazette des hôpitaux, 1923.
- LASÈGUE. *Dipsomanie et alcoolisme*. Arch. gén. de méd., 1882.
- LAURENT. *Les habitués des prisons de Paris*.
- LEMESLE. *Les irresponsables devant la loi*. Th. Paris, 1896.
- LUCAS. *Les aliénés à séquestrations multiples*. Th. Paris, 1892.
- MAGNAN. *Les intermittents*. Progrès Médical, 1887.
- *L'état mental des dégénérés*. Rev. scientifique, 14 juillet 1894.
- *La folie intermittente*.
- *Héréditaires dégénérés*, Arch. de neurol, 1892.
- *La dipsomanie*. Congrès de Berlin, 1890.
- *De l'enfance criminelle et de l'enfance des criminels*. Congrès d'anthropologie criminelle, 1889.
- MAIRET. *Folie de la puberté*. Ann. médico-psychologiques, 1888-1889.
- MANET. *Vagabondage constitutionnel*. Ann. méd.-psych., déc. 1911, janv. 1912.
- MANHEIMER. *Troubles mentaux chez les enfants*, Paris, 1899.
- MARIE et MEUNIER. *Les Vagabonds*.
- MARRO. *Troubles nerveux et mentaux provoqués par la puberté*. Congrès international de psychiatrie, Paris 1900.
- *Evolution psychologique humaine à l'époque pubère*, Paris 1910.
- RENÉ MASSELON. *La mélancolie*. Alcan, 1906.
- MEIGE. *Etude sur certains névropathes voyageurs ; Le Juif Errant à la Salpêtrière*. Th. Paris, 1893.
- J. MEURICE. *Les fugues chez les enfants*. Th. Paris, 1899.

MORICART. *Responsabilité atténuée*. Th. de Droit, 1898.

PAQUIER (A.). *Du vagabondage et des vagabonds*. Etude psychologique, sociologique et médico-légale, Lyon, 1907.

PARANT (V.). *Les fugues en psychiatrie*. Congrès de Nantes, 1909.

PATTERSON. *Family desertion [and non support]*. J. Ielinq. 122.7, p. 249-282 et 299-333.

PAYOT. *L'éducation de la volonté*.

B. PÉREZ. *L'enfant de trois à sept ans*. Alcan.

W. PREYER. *L'âme de l'enfant*. Traduit d'après la deuxième édition allemande par H. de Varigny, 1887. Alcan.

A. PRINCE. *Synchronisme rythmé entre des accès de dépression mélancolique et un syndrome thyroïdo-oculo-sympathique cervical unilatéral*.

RAYMOND et JANET. *Fugues*. In *Névroses et idées fixes*, 1908.

TH. RIBOT. *Les maladies de la volonté. Les maladies de la personnalité. Les maladies de la mémoire*. F. Alcan. 3 vol.

ROUBINOVITCH et TOULOUSE. *La mélancolie*, 1897.

JEAN ROZÈS. *Les enfants vagabonds*. Th. de Droit. Toulouse, 1900.

D. SANTENOISE. *Psychose périodique et périodicité neuro-végétative*. Presse médicale, 25 avr. 1923, p. 375.

SÉRIEUX et CAPGRAS. *Asiles spéciaux pour les condamnés aliénés et les psychopathes dangereux*, 1905.

SWOBODA. *Die periodus des menschlichen Organismus*. Vienne, 1904.

TINEL et SANTENOISE. *Soc. de biologie*, 22 oct. 1921.

— *Vago-sympathique et choc anaphylactique*. Journal Médical français, mars 1922, p. 106.

TISSIÉ. *Les aliénés voyageurs*. Th. Bordeaux, 1889.

— *Le tourisme pathologique et le vagabondage*. Rev. encyclopédique, 2 sept. 1899, n° 313.

TOULOUSE et CRINON. *Examen de quelques questions touchant à la responsabilité*. Rev. de psychiatrie, 1906.

VASCHIDE et VURPAS. *Le rythme vital*, nov. 1902. Comm. à l'Ac. des Sciences et Ann. médico psych., 24 nov. 1902, p. 267.

- G. VERMEYLEN. *Les débiles mentaux*. Paris, 1923. Th. Bruxelles, 26 mai 1922.
- VIGOUROUX. *Vœu à la Société médico-psychologique*, 29 avril 1908.
- VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. *Deux cas d'inflammation interstitielle chronique des ganglions semi-lunaires chez les mélancoliques anxieux et hypocondriaques*. Soc. anatomique, 19 juillet et 18 octobre 1907.
- VURPAS. *Impulsions conscientes et alternatives d'états de dépression et d'excitation*. Soc. de psych. Encéphale t. IV, janv. 1909, p. 86.
- WAHL. *Obs. de dégénérés migrants*. Ann. médico-psych., nov. 1903, p. 425.
- WOLTAER. *Etat de la conscience au cours de la fugue*. Jahrbuch für Psychiatrie und Neurologie t. XXVII, 1906. Analyse in Rev., Neurol., 1907, t. XV, p. 72.
- ZIEBEN et VOISIN. *Les psychoses de la puberté*. Congrès international de psychiatrie, Paris 1900.
- ZIMMER. *Sur un cas de folie circulaire infantile*. Th. Berlin, 1899.
- Proposition de loi adoptée par la Chambre des Députés le 23 janv. 1907 relative au régime des aliénés.

